

NUORTEN KOHERENSSIN TUNTEEN JA TERVEYDEN ULOTTUVUUDET:

systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Soili Hietasola-Husu
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Preventiivinen hoitotiede
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Marraskuu 2013

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Nuoruus kehitysvaiheena.....	3
2.2 Koherenssin tunne salutogeenisen teorian pääkäsitteenä	5
2.2.1 Koherenssin tunne ja sen osa-alueet	5
2.2.2 Vastustusvoimavarat	8
2.2.3 Koherenssin tunteen kehittyminen.....	9
2.2.4 Koherenssin tunteen mittaaminen.....	11
2.3 Nuorten terveyden kehittyminen	13
2.3.1 Hyvän kasvun edellytykset terveyden perustana	13
2.3.2 Nuorten terveyteen vaikuttavia tekijöitä.....	15
2.4 Yhteenvedo tutkielman teoreettisista lähtökohdista.....	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ.....	23
4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	23
4.2 Tutkimusaineiston valintakriteerit.....	23
4.3 Kirjallisuushaun toteutus	24
4.4 Aineiston analyysi	31
5 TULOKSET.....	32
5.1 Koherenssin tunteen ulottuvuudet	32
5.1.1 Salutogeneesi teoreettisena perustana.....	32
5.1.2 Menetelmälliset lähtökohdat.....	36
5.2 Nuorten koherenssin tunne ja terveys.....	40
5.2.1 Nuorten terveyskäyttäytyminen	40
5.2.2 Nuorten fyysinen terveys ja hyvinvointi.....	42
5.2.3 Nuorten mielenterveys	44
5.3 Nuorten koherenssin tunteen kehittyminen	45
5.4. Yhteenvedo tutkielman tuloksista	52
6 POHDINTA	55
6.1 Tulosten tarkastelu.....	55
6.1.1 Nuorten koherenssin tunteen ulottuvuudet	55
6.1.2 Nuorten koherenssin tunne ja terveys	57
6.1.3 Nuorten koherenssin tunteen kehittyminen	60
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	63
6.2.1 Luotettavuus.....	63
6.2.2 Eettisyys.....	67

6.3 Johtopäätökset ja suositukset.....	68
6.4 Jatkotutkimusehdotukset	69
LÄHTEET.....	70

LIITTEET

LIITE 1. Tutkimusaineisto.

LIITE 2. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Hietasola-Husu, Soili

Tutkielman ohjaajat:

Marraskuu 2013

Nuorten koherenssin tunteen ja terveyden ulottuvuu-
det: systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Pro gradu-tutkielma, 81 sivua, 2 liitettä (9 sivua)
Professori, TtT Anna-Maija Pietilä
ja yliopistonlehtori, TtT Mari Kangasniemi

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata nuorten koherenssin tunteen ulottuvuuksia, nuorten koherenssin tunteen ja terveyden yhteyttä sekä nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten koherenssin tunnetta tukevien interventoiden kehittämisessä ja jatkotutkimusten kohdentamisessa.

Tutkimusaineisto koostui systemoituun kirjallisuushakuun perustuvista tutkimusartikkeleista (N=18), jotka analysoitiin sisällönanalyysillä. Tietokantahaku tehtiin Pubmed-, Cochrane-, PsycINFO-, Medic- ja Cinahl -tietokannoista. Aineisto rajattiin koskemaan vuosina 2007–2013 julkaistuja tieteellisiä tutkimusartikkeleita, jotka kohdistuivat 13–18-vuotiaiden nuorten koherenssin tunteeseen.

Nuorten koherenssin tunnetta oli tutkittu kvantitatiivisin menetelmin. Sitä oli mitattu Orientation to Life -mittarin eri versioilla. Tutkimusta oli tehty pääasiassa Euroopassa ja siellä erityisesti Pohjoismaissa. Tulosten perusteella koherenssin tunne on persoonallisuuteen liittyvä elämänorientaatio, joka muodostuu ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja mielekkyydestä. Sitä voidaan hyödyntää haastavissa tilanteissa terveyttä edistävällä tavalla.

Nuorten koherenssin tunne oli yhteydessä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä terveyskäyttäytymiseen. Perheellä oli suuri merkitys nuoren koherenssin tunteen kehittymiselle. Lisäksi muut sosiaaliset suhteet ja hyvä fyysinen, emotionaalinen ja kouluun liittyvä toimintakyky olivat yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen. Koherenssin tunteeseen oli yhteydessä myös akateeminen koulutus, elämäntyytyväisyys ja elämänlaatu. Koherenssin tunnetta selittivät hyvinvointia suojaavat tekijät. Tytöillä pieni määrä riskitekijöitä oli positiivisesti yhteydessä koherenssin tunteeseen. Kummallakin sukupuolella suuri määrä riskejä oli yhteydessä heikkoon koherenssin tunteeseen. Ristiriitaista tietoa oli koherenssin tunteen stabi-
liteetista ja terveyttä suojaavasta vaikutuksesta. Lisäksi ristiriitaista tietoa oli esimerkiksi tyt-
töjen ja poikien koherenssin tunteen eroista sekä ikään liittyvistä tasoista.

Tutkimustietoa koherenssin tunteesta ja sen yhteydestä terveyteen on tärkeää hyödyntää nuorten terveyden edistämässä. Kuitenkin tarvitaan lisää tutkittua tietoa lasten ja nuorten koherenssin tunteen kehittymisestä ja sitä tukevista hoitotyön keinoista. Kliinisten hoitotyön sovellusten kehittämisen lisäksi on olennaista lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen.

Avainsanat: Nuori, koherenssin tunne, salutogeneesi, terveys ja systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Hietasola-Husu, Soili

Adolescents' sense of coherence and health: systematic literary review

Thesis, 81pages, 2 appendices (9 pages)

Supervisors:

Professor, Anna-Maija Pietilä, PhD and
lecturer, Mari Kangasniemi, PhD

November 2013

The purpose of this study was to describe the dimensions of adolescents' sense of coherence and its association with health and the factors that participate in the development of it. The aim of the study was to produce information that can be used in developing interventions that can promote adolescents' sense of coherence and in assessing the need for future studies.

The research data (N=18) was collected with systematic literary search and analyzed using deductive and inductive analysis. The literary search was conducted in Pubmed, Cochrane, PsycINFO, Medic and Cinahl databases. Data consisted of scientific studies that were published 2007–2013 and examined 13–18-years old adolescents' sense of coherence.

The adolescents' sense of coherence had been studied in quantitative methods using different versions of the Orientation to Life Questionnaire. The studies had been conducted mainly in Europe, especially in the Nordic countries. Based on the results, the sense of coherence is a life orientation that is connected to personality. Comprehensibility, manageability and meaningfulness are its three dimensions. The sense of coherence can be used in stressful situations in a way that promotes health.

The adolescents' sense of coherence was associated with physical and mental health and with the health behavior. Family had a great role on the development of adolescents' sense of coherence. Additionally, social relationships, good physical, emotional and school related ability to function were connected to the strong sense of coherence. Academic studies, life satisfaction and quality of life were also important. The sense of coherence was explained by protective factors of well-being. In girls, small amount of risks were positively associated with the sense of coherence. With both genders, increased amount of risks were associated with low sense of coherence. There were contradictory results about the stability and the health protective effects of sense of coherence, as well as for example the effects of gender and age.

It is important to use the research results about the sense of coherence and its relation with health to promote adolescents' sense of coherence. However, there is a demand for more research on the development of children and adolescents' sense of coherence and the nursing interventions that can promote it. It is also important to promote children, adolescents and families well-being.

Keywords: Adolescence, sense of coherence, salutogenesis, health and systematic literary review.

1 JOHDANTO

Suomen väestöstä noin viidennes on alle 18-vuotiaita ja perheistä lähes puolet on lapsiperheitä (THL, SotkaNET 2005–2012). Maailmanlaajuisesti 10–24-vuotiaita on neljännes maapallon väestöstä (Sawyer ym. 2012) ja 1,2 miljardista 10–19-vuotiaasta 85 % asuu kehitysmaissa (WHO 2013b). Nuoret ovat tulevaisuuden aikuisia, joiden terveystottumukset ja sairaudet pohjaavat nuoruuteen (WHO 2013b). Nuorten hyvinvointi on yhteiskunnallisesti tärkeä menestystekijä (OPM 2007). Kuitenkin nuoret ovat haavoittuvassa asemassa käydessään läpi nuoruuteen liittyvää kehityskautta. Vaikka nuorilla on harvemmin pitkäaikaissairauksia ja heidän toimintakykynsä on aikuisia parempi, on heillä terveyteen liittyviä haasteita.

Tällä hetkellä nuorten terveyden edistäminen on keskittynyt kansallisella tasolla eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäisyyn, mielenterveyteen, ravinto- ja liikuntatottumuksiin, ylipainoon, seksuaaliterveyteen, sosioemotionaaliseen kehitykseen ja päihteisiin (STM 2012, OPM 2012, STM 2001). Kansainvälisellä tasolla nuorten keskeisinä terveysteemoina edellä mainittujen lisäksi ovat varhaiset synnytykset, HIV, aliravitsemus sekä väkivalta ja tapaturmat (2013b). Suomessa lapset, nuoret ja lapsiperheet voivat pääasiassa hyvin (Kaikkonen ym. 2012), mutta ajankohtaisina haasteina meillä on erityisesti lasten, nuorten ja lapsiperheiden lisääntyvät sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot. Terveys- ja hyvinvointierot alkavat muodostua jo lapsuudessa. Niihin yhteydessä olevat tekijät voidaan tunnistaa nuoruudessa ja ne havaitaan terveysongelmina myöhemmin aikuisuudessa. Ikääntyessä terveys- ja hyvinvointierot näyttäytyvät heikentyneenä toimintakykynä. Erot näkyvät myös kuolleisuudessa. (Kaikkonen ym. 2012.) Nuorten terveys ja hyvinvointi muodostuu kokonaisuudesta. Taloudellisesti epävarmoina aikoina Suomessa on paineita säästää etenkin kuntien tuottamista palveluista, jotka kohdistuvat usein lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin. Lasten ja nuorten hyvinvointiin sijoittaminen on kuitenkin taloudellisesti tehokasta. Esimerkiksi eniten kouluterveydenhuollosta 1990-luvun laman aikana leikanneet kunnat käyttivät lasten ja nuorten psykiatrisen sairaanhoidon palveluita 2000-luvun alussa enemmän kuin muut kunnat (Salmi ym. 2012).

Nuorten terveyden edistämistä voi tarkastella erilaisista näkökulmista, mutta yksi yleisesti tunnetuista terveyden edistämisen lähestymistavoista on salutogeneesi. Salutogeneesi on

Antonovskyn (1980) kehittämä terveyttä korostava teoria. Sen lähtökohtana on löytää terveyttä aikaansaavia tekijöitä nuoren elämässä. Sitä voidaan soveltaa myös yhteiskunnan näkökulmasta. Terveys nähdään samalla ulottuvuudella olevaksi jatkumoksi, jonka toisessa päässä on enemmän terveyttä ja toisessa päässä enemmän sairautta. Ihmisen ja yhteiskunnan tavoitteena on tavoitella terveyttä eli kulkea tällä terveys-sairaus -jatkumolla terveyttä kohti. Salutogeneesin keskeinen käsite on koherenssin tunne, joka on joustava elämänorientaatio. Se kuvastaa sitä, miten nuori hahmottaa päivittäin kohtaamansa haasteet ymmärrettäviksi, hallittaviksi ja mielekkäiksi ratkaista. Koherenssin tunteen teoriassa merkittävää on myös nuoren käytettävissä olevat voimavarat ja niiden hyödyntäminen haasteen ratkaisemiseksi sopivalla tavalla. Teoriassa ei keskitytä pelkästään terveyteen, joten se on käyttökelpoinen näkökulma, kun yritetään ymmärtää nuorten terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä, nuorten elämää. Nuorten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät moninaiset tekijät ja koherenssin tunteen hyödyntäminen voi edistää laaja-alaisesti nuorten terveyttä.

”Terveydelle ja hyvinvoinnille luodaan pohja lapsuus- ja nuoruusiässä” (OPM 2007) ja nuorten hyvinvointi on nostettu tärkeäksi teemaksi kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Nuorten terveyteen ja hyvinvointiin ovat yhteydessä monipuolisesti nuoren elämään liittyvät asiat, joiden vaikutus saattaa näkyä vasta pitkällä aikavälillä. Tässä tutkielmassa tarkastellaan nuorten terveyteen yhteydessä olevaa koherenssin tunnetta, joka tuo ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden näkökulmaa nuorten elämään. Tavoitteena on tuottaa uusia näkökulmia nuorten koherenssin tunteen tukemiseen kirjallisuuskatsauksen avulla.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Nuoruus kehitysvaiheena

Nuoruus määritellään usein lapsuuden ja aikuisuuden väliin sijoittuvaksi psyykkiseksi kehitysvaiheeksi, joka ajoittuu pääasiassa ikävuosien 12–22 välille (mm. Impiö 2005, Vilkkó-Riihelä & Laine 2005, Aalberg & Siimes 2007). Eri toimijat määrittelevät nuoruuden ajanjakson hieman eri tavoin ja jakavat sen eripituisiin jaksoihin. Esimerkiksi Nuorisolaissa (2006/72) tarkoitetaan nuorella alle 29-vuotiaasta ja alle 18-vuotiaat määritellään lapsiksi (OPM 2007). Maailman terveysjärjestö puolestaan määrittelee nuoret 10–19-vuotiaiksi (WHO 2011). Tarkkoja ikärajoja on kuitenkin vaikea määritellä lapsuuden, nuoruuden ja aikuisuuden välille sillä nuoruus muodostuu perättäisistä kehitysvaiheista, joiden kautta lapsi siirtyy aikuisuuteen (Kinnunen 2011).

Nuoruusikä voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen: varhaisnuoruuteen 12–14-vuotiaana, keskinuoruuteen 15–17-vuotiaana ja jälkinuoruuteen 17–22-vuotiaana (Aalberg & Siimes 2007). Varhaisnuoruus kytkeytyy puberteettiin, joka alkaa noin 12–13-vuotiaana. Tyttöillä puberteetti alkaa aiemmin kuin pojilla. Siihen liittyvä pituuskasvu jatkuu keskimäärin 18–19-vuotiaaksi asti. (Nienstedt ym. 1989, Niemi & Väänänen 1993, Aalberg & Siimes 2007.) Puberteetti kestää 2–5 vuotta. Se on biologista ja fysiologista kehitystä, jonka aikana lapsi kasvaa fyysisesti aikuiseksi. Tyttöillä fyysinen kasvu ja muutos aikuiseksi tapahtuvat samanaikaisesti, mutta pojat kasvavat pituutta myös murrosiän jälkeen. Kasvu ja kehitys ovat kuitenkin yksilöllistä. Nuorten hormonitoiminta muuttaa sukupuolielimiä ja niiden toimintaa. Hormonitoiminnan seurauksena rinnat kasvavat ja erityisesti genitaalialueiden karvoitus lisääntyy. Lisäksi nuorelle tulee ihomuutoksia, kuten ihon rasvoittumista ja aknea. Myös nuorten ääni madaltuu, mikä ilmenee selkeästi pojilla äänenmurroksena. Hormonitoiminnan lisääntyminen ja fyysinen kasvu muuttavat myös psyykkistä tasapainoa. Kehossa tapahtuvat muutokset aiheuttavat levottomuutta ja hämmennystä. (Aalberg & Siimes 2007.) Varhaisnuoruus onkin kuohuvaa aikaa, sillä nuori elää ristiriidassa. Nuoren kehitystehtävänä on sopeutua muuttuneeseen kehoon ja heräävään seksuaalisuuteen sekä aloittaa itsenäistyminen (Vilkkó-Riihelä & Laine 2008). Itsenäistymistarpeet voimistuvat, mutta toisaalta eriytymisen tarve herättää nuorella halun palata vanhempiin liittyvään riippuvuussuhteeseen (Aalberg & Siimes 2007). Nuoren suhde vanhempiinsa vaihtelee

aaltomaisesti. Varhaisnuoruus näyttäytyykin ihmissuhteiden kriisinä (Dunderfelt 1997, Friis ym. 2004). Nuori kaipaa tuekseen ystäviä ja perheen ulkopuolisia aikuisia (Vilkko-Riihelä & Laine 2008). Etenkin ikätoverien merkitys korostuu, sillä ystävät alkavat korvata vanhempia ja ovat apuna nuoren minuuden rakentamisessa (Aalberg & Siimes 2007). Itsenäistymistarpeiden toteuttaminen ei kuitenkaan tapahdu vanhempiin kohdistuvien kiintymyssuhteiden kustannuksella vaan kiintymyssuhde muuttuu toiseen muotoon nuoruusiän kehityksen aikana (Bohleber 2010).

Varsinaisessa nuoruusiässä, 15–17-vuotiaana, monet varhaisnuoruuden kehitystehtävät on ratkaistu, ja nuori on alkanut sopeutua muuttuneeseen kehoonsa. Hän on saanut ainakin osittain hallintaansa varhaisnuoruuden yllykepaineen. Varhaisnuoruuden mustavalkoinen ajattelutapa vähenee. Tässä nuoruusiän vaiheessa nuori pohtii omaa identiteettiään, taitojaan, osaamistaan, suosiotaan ja seurustelua. (Dunderfelt 1997, Friis ym. 2004, Vilkko-Riihelä & Laine 2008.) Seksuaalinen kehitys on tässä vaiheessa olennaista ja seksuaaliset yllykkeet alkavat jäsentyä. Nuori hahmottaa itseään fyysisten ominaisuuksien kautta ja muihin vertaamalla. Hän vahvistaa omaa minuuttaan seurustelusuhteilla ja myös ystävyysuhteet voivat olla aluksi itsekeskeisiä. (Aalberg & Siimes 2007.) Jälkinuoruudessa, 18. ikävuoden jälkeen, nuoren aikaisemmat kokemukset jäsentyvät kokonaisuuksiksi naisena tai miehenä olemisesta. Tällä ikäkaudella vanhemmista irtautuminen on edennyt niin pitkälle, että nuori pystyy lähestymään vanhempiaan tasa-arvoisemmin ja tarkastelemaan vanhempiansa toimia neutraalimmin (Aalberg & Siimes 2007, Bohleber 2010). Nuoren kyky empatiaan lisääntyy, mikä näkyy myös kaveri- ja seurustelusuhteissa. (Aalberg & Siimes 2007.) Jälkinuoruudessa korostuvat ideologiset pohdinnat (Dunderfelt 1997, Friis ym. 2004). Nuori joutuu käsittelemään erilaisia koulutus- ja urakysymyksiä ja hänen näkemänsä tulevaisuus muuttuu tietoiseksi osaksi elämänsuunnitelmaa (Erikson 1982). Nuori myös luo oman moraalin, arvoja aatemaailman. Hänestä tulee yhteiskunnan jäsen ja hän joutuu kantamaan vastuuta. (Aalberg & Siimes 2007.)

Nuoruusikä on rajallinen ja siihen liittyy sisäisten ja ulkoisten syiden vaikutuksesta kasvanut jännite, jota nuoren täytyy käyttää hyväksi kasvaakseen (Aalberg & Siimes 2007). Nuoruusikä muodostuu psykologisesta sopeutumisesta sisäisiin ja ulkoisiin muutoksiin. Silloin muodostuu hallitseva, myönteinen minäidentiteetti (Erikson 1982). Identiteetin kehitys on nuoruudessa keskeinen kehitystehtävä, mutta identiteettikriisiä ei kuitenkaan nykyään mielletä välttämättömänä normaalille kehitykselle. Entistä tärkeämpää on erottaa normaali

nuoruusikä psykologisesti häiriintyneiden nuorten kehityksestä. (Bohleber 2010.) Nuoren täytyy kuitenkin määritellä itsensä uudelleen fyysisen kasvun ja sen psykologisten seurauksien vuoksi. Näin ollen persoonallisuus kehittyy nuoruudessa ratkaisevalla tavalla aikaisempien kehitysvaiheiden, synnynnäisen kasvun ja kehityksen voimasta (Erikson 1982). Nuoruudessa kehittyntä persoona ei pidetä enää lopullisena vaan persoonan kehitys nähdään jatkuvana dynaamisena prosessina (Bohleber 2010). Nuoruusiässä persoonallisuusrakenteet järjestyvät uudelleen ja vakiintuvat ainakin jonkun verran (Aalberg & Siimes 2007, Bohleber 2010). Merkittävää on myös nuoren pyrkimys kohti aikuisuutta sekä nuoren ja ympäristön vuorovaikutus. Psykkinen kasvu on tänä aikana voimakasta, mutta samaan aikaan tapahtuu ajoittaista psyykkisten toimintojen taantumista. Näiden taantumien myötä lapsuudenaikaisten toiveiden toteutuminen ja toteutumattomuus sekä erilaiset traumat tulevat uudelleen mielen työstettäväksi. Nuori pystyy kohtaamaan lapsuuden häiriöt aikaisempaa kehittyneemmällä tavalla ja henkisesti valmiimpana, jolloin monet lapsuuden häiriöt voidaan ratkaista ja korjata. Nuoruutta onkin kutsuttu persoonallisuuden rakentumisen toiseksi mahdollisuudeksi, mikä tekee nuoruudesta mahdollisuuksien ajan. (Aalberg & Siimes 2007.)

Nuoruus on siis se murros, erilaisten roolien taistelutanner, jonka aikana siirrytään lapsuudesta aikuisuuteen. Nuoruus on terveyden edistämisen näkökulmasta tärkeä ikävaihe, sillä nuoren persoonallisuus on joustava ja hän etsii omaa suuntaa elämälleen, hakee erilaisia malleja ympäristöstä ja rakentaa omaa identiteettiään (Erikson 1982, Aalberg & Siimes 2007). Mielenkiintoista on se miten nuorten koherenssin tunne kehittyy ja miten siihen voi vaikuttaa tuossa murrosvaiheessa.

2.2 Koherenssin tunne salutogeenisen teorian pääkäsitteenä

2.2.1 Koherenssin tunne ja sen osa-alueet

Israelilais-amerikkalainen sosiologi Aaron Antonovsky (1923–1994) kiinnostui terveydestä ja sitä suojaavista tekijöistä tutkittuaan ihmisiä, jotka rankoista keskitysleirikokemuksista ja maahanmuutosta huolimatta kertoivat olevansa terveitä ja kokevansa elämänsä elämisen arvoiseksi. Antonovsky (1980) ryhtyi pohtimaan ja selvittämään terveyden alkuperää ja haastatteli hyvinkin stressaavia tilanteita kokeneita ihmisiä, jotka tuntuivat selviytyneen näistä elämänsä vaikuttaneista tapahtumista hyvin ja kokivat elämänsä hyväksi. Näiden ihmisten elämänasenne vaikutti olevan yhteydessä heidän kokemaansa terveyteen (Antonovsky 1980).

Tämän pohjalta Antonovsky kehitti 1970-luvulla salutogeenisen teorian, jonka keskeinen kysymys on: mikä on terveyden alkuperä. Terveiden (saluto) alkuperää (genesis) kuvaavassa teoriassa olennaista on terveystietäminen (vrt. patogeneesi). Antonovsky määritteli terveyden olevan jatkuvaa muutosta samalla ulottuvuudella, esimerkiksi jaksolla, jonka toisessa päässä on enemmän sairautta (dis-ease) ja toisessa päässä enemmän terveyttä (ease). Ihminen siis voi olla sairas ja terve samaan aikaan. (Antonovsky 1980, 1996.) Salutogeneesin tavoitteena on tukea ihmistä ja yhteiskuntaa terveyttä kohti siten, että ihminen ja yhteiskunta hyödyntävät käytettävissä olevia voimavaroja eteen tulevia ongelmien ratkaisemiseksi (Lindström & Eriksson 2006, 2010).

Koherenssin tunne (Sense of Coherence, SOC) on salutogeenisen teorian pääkäsite ja vastaa salutogeneesin kysymykseen: terveyden alkuperä löytyy koherenssin tunteesta (Antonovsky 1980). Koherenssin tunne on joustava ja globaali elämän orientaatio. Sen avulla ihmiset voivat kuormittavassa tilanteessa säilyttää terveytensä ja jopa parantaa sitä. Koherenssin tunne näyttäytyy etenkin kuormittavissa tilanteissa nuoren kykynä ymmärtää haastava tilanne ja käyttää saatavilla olevia voimavaroja selviytyäkseen haasteesta. (Antonovsky 1980, 1988, Lindström & Eriksson 2006.)

Antonovsky (1988, 19) määritteli koherenssin tunteen seuraavasti:

”The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one’s internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.”

Koherenssin tunne muodostuu kolmesta elementistä: ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys. Ymmärrettävyys tarkoittaa nuoren tunnetta siitä, että ympäristön ärsykkeet ovat hänelle ymmärrettäviä ja järjestelmällisiä eikä ympäristö ole kaoottinen ja satunnainen. Tällöin hän kokee elämänsä ennustettavaksi ja loogiseksi. Ymmärrettävyyteen liittyy myös se, että nuori tunnistaa käytettävissä olevat voimavarat. Hallittavuus tarkoittaa kokemusta omista ja ympäristön voimavaroista, jolloin nuori kokee pystyvänsä vaikuttamaan elämäänsä. Mielekkyys on tärkein koherenssin tunteen osa-alue. Se tarkoittaa motivaatiota käyttää olemassa olevia voimavaroja elämän haasteisiin. Mielekkyyteen liittyy myös se, miten nuori

kokee elämänsä tarkoituksen. Koherenssin tunteen osa-alueet ovat interaktiivisessa suhteessa toisiinsa. (Antonovsky 1980, 1988.)

Koherenssin tunne on tilannesidonnainen (Volanen 2011) ja se voidaan tunnistaa globaalisti yksilössä, ryhmässä ja yhteisössä (Lindström & Eriksson 2006). Antonovskyn (1980, 1988) teorian mukaan vahva koherenssin tunne on yhteydessä hyvän terveyden kokemukseen, mikä on todettu lukuisissa tutkimuksissa aikuisilla (esim. Lindström & Eriksson 2006, Poppius 2007, Suominen & Lindström 2008, Kouvonen ym. 2010). Koherenssin tunne on erityisen vahvasti yhteydessä mielenterveyteen ja se myös ennustaa terveyttä (Eriksson & Lindström 2006). Viitteitä terveyden ja koherenssin tunteen yhteydestä on myös lapsilla (Honkinen ym. 2005, Jellesma ym. 2011), sillä koherenssin tunne ja terveys ovat yhteydessä toisiinsa kaiken ikäisillä, eri sukupuolilla, eri kansallisuuksilla, etnisyyksillä ja erilaisilla tutkimusmetodeilla hankituilla tutkimustuloksilla (Eriksson & Lindström 2006a). Vahva koherenssin tunne on yhteydessä lisäksi terveyttä edistävään käyttäytymiseen (Savolainen 2005, Eriksson 2007, Poppius 2007, Wainwright ym. 2007) ja sen yhteys terveyteen vaikuttaa olevan vastavuoroinen (Antonovsky 1988). Toisaalta vahvalla koherenssin tunteella voi Antonovskyn (1988) mukaan olla myös terveyttä suojaava vaikutus ja Edbomin ym. (2010) tutkimuksessa vahva koherenssin tunne nuorena lievensi ADHD:n oireita varhaisaikuisuudessa. Koherenssin tunne ei ole sama kuin terveys vaan käsite on monimuotoisempi. Se voi olla yhteydessä myös muuhun kuin suoranaiseen terveyteen, sillä siihen ovat yhteydessä ikä, sosiaalinen tuki ja koulutus (Eriksson 2007). Koherenssin tunteen on todettu olevan yhteydessä elämänlaatuun (Eriksson & Lindström 2007) ja matalalla koherenssin tunteella on myös todettu olevan yhteys oppimisvaikeuksiin ja yksinäisyyteen alle kouluikäisillä lapsilla (Margalit 1998).

Koherenssin tunne ei kuitenkaan yksin selitä terveyttä (Eriksson & Lindström 2006a), mitä on kritisoitu. Lisäksi on kritisoitu koherenssin tunteen suhdetta muiden terveyttä selittävien teorioiden sekä sen ja mitattavien oireiden päällekkäisyyksiin (Geyer 1997). Esimerkiksi koherenssin tunteen vahva yhteys masennus- ja ahdistusoireiden kanssa on nostanut esille kysymyksen koherenssin tunteen merkityksestä. Onko mielekäästä mitata koherenssin tunnetta mielenterveydestä erillään olevana tekijänä? Mittaako mittari mielenterveyden kannalta samaa ilmiötä? (Geyer 1997.) Toisaalta ongelmaa tuottaa koherenssin tunteen vakiintumiseen liittyvän tiedon ristiriitaisuus teorian suhteen (Antonovsky 1980, ks. Eriksson 2007, ks. Honkinen 2009). Koherenssin tunnetta on kritisoitu myös liiallisesta teoreettisuudesta (ks.

Suominen & Lindström 2008) ja emotionaalisuudesta (ks. Eriksson 2007). Lisäksi kritiikkiä on esitetty käsitteen ulottuvuudesta, sisällöstä ja rakenteesta (ks. Eriksson 2007). Kuitenkin koherenssin tunteen tutkimuksen edetessä siitä opitaan enemmän, mikä voi selventää kritisoituja ja epäselviä asioita teoriassa. Erikssonin (2007) väitöskirjassa käsiteltiin ja selvennettiin kritiikkiä aiheuttaneita kohtia käsitteessä, teoriassa ja mitattavuudessa, mutta lisää tutkimusta tarvitaan.

2.2.2 Vastustusvoimavarat

Antonovskyn (1980, 1988) mukaan ihminen kohtaa väistämättä elämässään kuormittavia ja stressaavia tekijöitä, mutta kuormittumisen hallintakyky ja toisaalta siitä selviäminen ovat yksilön ominaisuuksia, jotka ovat olennaisia koherenssin tunteen näkökulmasta. Henkilön tapaan selvittää kuormittava tilanne vaikuttaa hänen käytettävissä olevat voimavarat. Koherenssin tunteen avulla tunnistetaan nämä käytettävissä olevat voimavarat (vastustusvoimavarat, Generalized Resistance Resources, GRRs) ja otetaan ne käyttöön (Antonovsky 1980, 1988). Voimavarat voivat olla sisäisiä tai ulkoisia. Nuorella itsessään olevia sisäisiä voimavaroja ovat esimerkiksi tieto, kokemus, itsetunto, elämäntietämys, terveyskäyttäytyminen, sitoutuminen, tarkkaavaisuus ja sosiaaliset taidot. Toisissa henkilöissä, ympäristössä tai yhteiskunnassa olevia ulkoisia voimavaroja ovat esimerkiksi raha, sosiaaliset siteet ja sosiaalinen tuki, kulttuuriset tekijät, mahdollisuus koulutukseen, lapsuusajan elinympäristö ja työympäristö sekä mahdollisuus terveydenhuollon palveluiden käyttämiseen. (Antonovsky 1980, Volanen 2011.) Voimavarat voidaan myös jakaa fyysisiin, biokemiallisiin, kognitiivisiin, emotionaalisiin, aineellisiin, makrotason sosiokulttuurisiin sekä arvoihin ja asenteisiin liittyviin tekijöihin (Antonovsky 1980, Lindström & Eriksson 2010). Nuorella on parempi mahdollisuus selvitä elämän haasteista, jos hänellä on tällaisia voimavaroja käytettävissä (Antonovsky 1980).

Ihminen kohtaa väistämättä elämässään kuormittavia asioita ja tekijöitä. Näiden ongelmien ratkaisu tai ratkaisematta jättäminen on teorian mukaan yhteydessä siihen, miten ihminen pystyy kulkemaan terveysjansallaan terveyttä kohti. Myönteisen kuormituksen hallinta vahvistaa terveyttä, koska tällöin voimavarat ovat olleet määrällisesti ja laadullisesti riittävät kohtaamaan kuormitustekijöiden aiheuttamat vaatimukset. Tämä onnistuminen osaltaan lisää voimavaroja. Toisaalta, jos voimavarat eivät riitä tai ne ovat ristiriitaiset, seuraa haitallinen terveyttä kuluttava kuormitustila. (Antonovsky 1980.) Ihmisen kohdatessa kuormittavan tilan-

teen, hänelle tulee jännitystila, joka voidaan mitata niin psykologisesti kuin fysiologisesti (Honkinen 2009). Jännitystila itsessään ei ole haitallinen vaan se voi olla lisätä mielenkiintoa haasteita kohtaan. Jos kuormitusta ei pystytä ratkaisemaan ja jännitystila pitkittyy, seuraa hyvinvointia kuluttava tila. Tämän stressaavan jännitystilan oletetaan olevan yhteydessä sairastumiseen. Vahvaan koherenssin tunteeseen on yhteydessä kyky valita tilanteen kannalta parhaat voimavarat käyttöön. (Antonovsky 1980, 1988.)

Nuori ei pysty kunnolla käsittelemään kuormitustilaa, jos hän ei ymmärrä kohtaamansa ongelman luonnetta ja ulottuvuuksia. Hän tarvitsee kognitiivista osaamista. Nuori kokee ongelmanratkaisun mielekkäänä, kun hän pystyy havaitsemaan ja mieltämään ongelmaan liittyvän logiikan ja ratkaisemaan sen. Nuori pitää elämää elämisen arvoisena ja mieltää ongelmat ikäviksi, mutta selvitettävissä oleviksi asioiksi eikä toimintaa lamaaviksi asioiksi. Kun nuori tulkitsee elämäänsä ja siihen kuuluvat ongelmat ymmärrettäviksi ja mielekkäiksi, motivoituu hän voimavarojen käyttämiseen. Voidakseen selvittää kuormittavan ongelman, nuorella täytyy kuitenkin olla hallittavinaan riittävästi voimavaroja. Nuori, jolla on vahva koherenssin tunne, tekee ympäristöstään ja itsestään havaintoja ja tulkintoja, joihin liittyvät ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden tunteet. Vahvan koherenssin tunteen omaavat ihmiset selviytyvät hyvin elämässä eteen tulevista kuormittavista ongelmatilanteista, minkä vuoksi he pystyvät paremmin kulkemaan ”terveys-sairaus” -jatkomolla terveyttä kohti. (Antonovsky 1980, 1988.)

2.2.3 Koherenssin tunteen kehittyminen

Antonovskyn (1980, 1988) mukaan aika syntymästä nuoruuteen on erityisen tärkeä henkilön koherenssin tunteen kehityksen näkökulmasta, sillä tämän ajanjakson aikana vahvaksi kehittyneen koherenssin tunteen oletetaan löytävän tietyn vakauden. Jos koherenssin tunne jää heikoksi, vakiintumista ei oletettavasti tapahdu ja koherenssin tunne voi jopa heiketä. Vahva koherenssin tunne voi itsessään muodostua yksilöä tukevaksi, toisia voimavaroja mobilisoivaksi ja koordinoivaksi sisäiseksi resurssiksi, joka saattaa myös vähentää muiden voimavarojen tarvetta. Koherenssin tunteen perusta luodaan lapsuudessa, jolloin sen kehittymiseen on todennäköisesti yhteydessä vanhempien koherenssin tunne. Lapsuuden elinympäristö on myös yksi tärkeimmistä ulkoisten vastustusvoimavarojen kehitykseen vaikuttavista tekijöistä. Lapsen omat osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet, sopiva ja tasapainoinen kuormitus sekä elämäkokemukset syntymästä alkaen, vaikuttavat nuoren

kokemien kuormitustekijöiden hallintaan. Hyvinvoinnin kannalta tärkeää on henkilön kyky koordinoida ja käyttää tarpeenmukaisia voimavaroja. Koherenssin tunnetta vahvistaa se, että nuori osaa valita tilanteeseen sopivan ja hänelle mahdollisen selviytymismekanismin. Vastustusvoimavarat auttavat nuorta selviytymään erilaisissa elämäntilanteissa. Tämä lisää luottamusta ja varmuutta siihen, että oman elämän haasteet ovat hallittavissa. Koherenssin tunne toimii välittäjänä vastustusvoimavarojen ja terveyden välillä. (Antonovsky 1988.)

Lapsuusajan koherenssin tunteen kehittymisestä on niukasti tutkimustietoa. Lapsiin liittyvä tutkimus on kohdistunut vanhempien, erityisesti äidin, koherenssin tunteen mittaamiseen varhaislapsuudessa ja pitkäaikaissairaila lapsilla. Tutkimus on kohdistunut tilanteisiin, joissa perheelle syntyy tavallista enemmän kuormitusta ja stressiä. Antonovskyn mukaan vahva koherenssin tunne voi kehittyä erilaisissa kulttuureissa erilaisilla tavoilla. Perheellä on kuitenkin merkittävä yhteys nuorten koherenssin tunteeseen (Antonovsky 1980, 1988, Rivera ym. 2012) ja lapsuuden läheiset ja onnistuneet sosiaaliset suhteet lapsuudessa ovat yhteydessä aikuisuuden koherenssin tunteeseen (Volanen 2011). Etenkin nuoruusiässä koettu lapsikeskeinen vanhemmuus voi olla yhteydessä aikuisiän vahvaan koherenssin tunteeseen (Feldt ym. 2005, Hakanen ym. 2007). Lapsuudessa koettu autonomia, osallistuminen päätöksentekoon ja sopiva kuormitus on myös ollut yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen aikuisuudessa (Sagy & Antonovsky 2000), mutta esimerkiksi koulutustaustan ja sosioekonomisen tason yhteyksistä aikuisuuden koherenssin tunteeseen on ristiriitaista tietoa (Sagy & Antonovsky 2000, Feldt ym. 2005, Hakanen ym. 2007). Suomalaisessa pitkäaikaistutkimuksessa 8-vuotiaiden poikien vanhempien matala koulutustaso ja hajonnut ydinperhe oli yhteydessä poikien heikkoon koherenssin tunteeseen 18-vuotiaana (Riskari ym. 2009). Perheen sisäiset konfliktit ovat myös yhteydessä nuorten heikkoon koherenssin tunteeseen (Rivera ym. 2012). 18-vuotiaiden nuorten heikkoa koherenssin tunnetta ennusti pitkäaikaistutkimuksissa erilaiset lapsuuden käyttäytymis- ja keskittymisongelmat sekä mielenterveyden ongelmat ja somaattiset vaivat (Honkinen ym. 2009, Riskari ym. 2009).

Perheen lisäksi nuoren elinpiireistä koululla voi olla merkittävä rooli nuorten koherenssin tunteen kehittämisessä. Koulun on nähty olevan toisaalta stressin lähde ja siten haaste nuoren koherenssin tunteelle, mutta myös toimivan sosiaalisena kontekstina nuorelle ja siten potentiaalinen koherenssin tunnetta vahvistava kokemus. Koulun onkin todettu olevan positiivisesti yhteydessä nuorten koherenssin tunteeseen akateemisten saavutusten ja toiveiden sekä luokkatovereiden ja opettajien tuen näkökulmasta. Toisaalta koulun

aiheuttamat kuormitukset ovat yhteydessä heikompaan koherenssin tunteeseen. (Rivera ym. 2012.) Sosiaalinen tuki on ollut yhteydessä nuorten vahvaan koherenssin tunteeseen niin ikätovereihin kuin naapurustoon liittyen. Vahvaan koherenssin tunteeseen on ollut yhteydessä myös naapuruston yhteenkuuluvuus ja epävirallinen kuri. Heikkoon koherenssin tunteeseen on ollut yhteydessä nuoren aggressiivisuuden ilmaisujen lisääntyminen, huono terveyskäyttäytyminen, kiertolaiskulttuuri tai asumisen pysymättömyys, aseet ikätovereiden joukossa, väkivalta ja vandalismi ja etenkin pojilla jengien läsnäolo naapurustossa. (Marsh ym. 2007, Rivera ym. 2012.)

Antonovskyn (1988) mukaan nuoruudessa kehittynyt koherenssin tunne on kuitenkin vain lopullista koherenssin tunnetta pohjustava, sillä koherenssin tunne tasaantuu elämän vakiintuessa perhe-elämän ja työelämän suhteen. Vahva koherenssin tunne vakiintuu jokseenkin pysyväksi, mutta heikko koherenssin tunne voi jopa heikentyä iän myötä sekä etenkin stressitilanteissa (Antonovsky 1988, Hakanen ym. 2007). Kuitenkin tutkimustiedon mukaan koherenssin tunne ei vakiinnu vielä 30-vuotiailla vaan se lisääntyy iän myötä (Erikson & Lindström 2005, Nilsson ym. 2010) ja heikentyy stressaavissa tilanteissa (Antonovsky 1988, Volanen 2011, Välimäki 2012). Koherenssin tunteen tasossa on myös näkyvillä sukupuolieroja, kun jo 15-vuotiaat pojat ovat raportoineet korkeampaa koherenssin tunnetta kuin samanikäiset tytöt. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että sukupuolierot koherenssin tunteen tasossa ovat yhteydessä nuoren ikään. Alle 15-vuotiailla nuorilla ei vaikuta olevan koherenssin tunteen tasossa sukupuolieroja, mutta 15–18-vuotiailla poikien koherenssin tunne on tyttöjä vahvempi (Rivera ym. 2012.)

2.2.4 Koherenssin tunteen mittaaminen

Vajaan 10 vuoden teoreettisen työn tuloksena Antonovsky kehitti The Orientation to Life -mittarin (SOC-mittarin) mittaamaan koherenssin tunnetta. Hän syvähaastatteli 51 henkilöä: 30 miestä ja 21 naista. Kaikki haastatelluista olivat kokeneet hyvin traumaattisia elämäntilanteita, mutta heidän suhtautumisensa ja ikävien kokemusten vaikutus omaan elämään vaihteli. (Antonovsky 1988, Honkinen 2009, Lindström & Erikson 2010.) Mittari on strukturoitu ja siinä on 29-muuttujaa mittaamassa kolmea osa-aluetta, ymmärrettävyyttä, hallittavuutta ja mielekkyyttä. Myöhemmin Antonovsky esitteli myös 13-muuttujan mittarin. Vaikka Antonovskyn kehittämät mittarit mittaavat koherenssin tunteen kolmea osa-aluetta, hän suositteli niitä käytettävän kokonaisuutena. Useiden tutkimusten mukaan mittarit ovat

kuitenkin moniulotteisia (Eriksson & Lindström 2005, ks. Honkinen 2009). Mittareissa on 7-asteinen Likert-asteikko. Mittarin kysymysten yhteenlaskettu korkea pistemäärä kuvaa vahvaa koherenssin tunnetta. Antonovsky (1988) ei kuitenkaan halunnut määritellä mitään pisterajoja heikolle, keskiverrolle ja vahvalle koherenssin tunteelle. Näin ollen osassa tutkimuksissa on käytetty jakoa heikko, kohtalainen ja vahva, osassa jaettu pisteet heikkoon ja vahvaan koherenssin tunteeseen. Rajoina ovat olleet vaihtelevasti pisterajat, prosenttiosuudet tai keskiarvot. (Eriksson & Lindström 2005.)

Mittareita on käytetty ja tutkittu lukuisissa eri tutkimuksissa, erilaisilla tutkimusasetelmilla ja -menetelmillä ympäri maailmaa ja sen on todettu olevan moniulotteinen ja herkkä. Se vaikuttaa olevan varsin stabiili, mutta ei kuitenkaan ole niin pysyvä kuin Antonovsky oletti sillä koherenssin tunteella on taipumus nousta iän mukana. (Eriksson & Lindström 2005, Lindström & Eriksson 2010.) Mittari vaikuttaa olevan validi, luotettava ja soveltuvan eri kulttuureihin mittaamaan miten ihmiset selviävät stressaavissa tilanteissa ja pysyvät terveinä. Tarvitaan kuitenkin enemmän pitkäaikaista tietoa mittarin pysyvyydestä (Eriksson & Lindström 2005). Alkuperäisten mittareiden lisäksi koherenssin tunteen tutkimuksissa on käytetty myös muokattuja mittareita (Honkinen 2009, Lindström & Eriksson 2010). Myös koulun ja perheen koherenssin tunteen mittaamiseen on tehty omat sovellukset (ks. Honkinen 2009).

Koherenssin tunnetta on tutkittu maailmanlaajuisesti, mutta tutkimus on kohdentunut pääosin aikuisten koherenssin tunteeseen. Nuorten koherenssin tunteen konteksteista perheeseen ja kouluun liittyvä tutkimustieto on tuoretta ja naapuruston ja ikätovereihin liittyvä tutkimustieto niukkaa (Rivera ym. 2012). Koherenssin tunteen ajatellaan kehittyvän lapsuudesta aikuisuuteen (Antonovsky 1988), joten tarvitaan lisää tietoa nuorten koherenssin tunteen ulottuvuuksista. Systemaattiset yhteenvedot voisivat edistää koherenssin tunteen tutkimusta ja nuorten terveyden edistämistä, mutta tällä hetkellä niitä on niukasti saatavilla.

2.3 Nuorten terveyden kehittyminen

2.3.1 Hyvän kasvun edellytykset terveyden perustana

Suomessa lasten ja nuorten hyvinvoinnin kehitys on periaatteessa turvattu lainsäädännön puitteissa, sillä perustuslain (19 §) mukaan jokaiselle taataan perustoimeentulo sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Julkisen vallan tehtävänä on tukea perheen mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Yhteiskuntamme rakentuu sille periaatteelle, että kaikille lapsille ja nuorille varmistetaan hyvän kasvun edellytykset. Lapsiin ja nuoriin panostamalla sijoitetaan tulevaisuuteen ja onkin viisasta tukea niitä lapsia ja nuoria, joiden kasvua vaarantaa erilaiset riskitekijät. Lasten ja nuorten hyvän kasvun edellytyksiä on tutkittu paljon ja monitieteisesti. Niitä ovat terveellinen ravinto, puhtaus, uni sekä terveellinen ja turvallinen ympäristö. Tärkeää on myös pitkäjänteinen ja vastavuoroinen suhde aikuisten ja lasten kesken. Merkittävää on lapsen ja nuoren persoonan huomiointi ja arvostaminen omana itsenään. Tärkeää on saada kokea hyväksyntää ja tukea omalle kehitykselle. Tarpeellista on myös edellytysten luominen maailman ymmärtämiselle ja elämänvalintojen tekemiselle tiedon, ajan, tilan ja kannustamisen kautta. Lisäksi lasten ja nuorten päivittäisten ympäristöjen pitäisi olla virikkeellisiä, mutta rauhallisia. (Salmi ym. 2012.) Tämä ei kuitenkaan aina toteudu ja tietoa nuorten terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä tarvitaan edelleen.

Tietoa nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista kerätään Suomessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen organisoimien tutkimushankkeiden, kuten Kouluterveyskyselyn, Lasten ja nuorten terveysseuranta -hankkeen (LATE), Toimiva lapsi & perhe -tutkimus- ja kehittämishankkeen, Nuorten mielenterveys ja sen häiriintyminen sekä Päihteiden käyttöä ja mielenterveyttä koskevien kaksostutkimusten avulla (THL 2008, 2011). Kansainvälisesti terveystutkimus näyttäytyy erityisesti vertailutiedon keräämisellä mm. terveydenhuollosta, tietyistä sairauksista ja elinajanodotteesta (OECD 2010). Ongelmia kansainväliseen vertailuun tuo se, ettei kaikissa maissa ole nostettu nuorten terveyttä prioriteetiksi eikä välttämättä kerätä tietoa nuorten terveydestä (Patton ym. 2012).

Nuorten terveys ja hyvinvointi muodostuu kokonaisuudesta. Taloudellisesti epävarmoina aikoina Suomessa on paineita säästää kaikesta mahdollisesta, mikä usein kohdistuu lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin kuntien tuottamien palveluiden kautta. Nuorten terveyden

edistäminen on kuitenkin taloudellisesti kannattavaa, sillä Suomessa maksetaan edelleen 1990-luvun laman aikana peruspalveluista tehtyjä säästöjä. Esimerkiksi eniten kouluterveydenhuollosta 1990-luvun laman aikana leikanneet kunnat käyttivät lasten ja nuorten psykiatrisen sairaanhoidon palveluita 2000-luvun alussa enemmän kuin muut kunnat. Lasten ja nuorten ympäristöistä päivähoito ja koulun ryhmäkokojen kasvamisen sekä terveydenhuollon palveluiden supistumisen että kotipalvelun minimoimisen seurauksena lasten ja nuorten hyvän kasvun edellytysten tuki vähentyi. (Salmi ym. 2012.) Nuorten sosioemotionaalisen terveyden kehittymisen tukeminen heikentyi ainakin osalla nuorista, sillä sosioemotionaalinen terveys kehittyy lapsen ja nuoren arjessa eli vuorovaikutuksessa vanhempien sekä kodin ulkopuolisten aikuisten ja tovereiden kanssa (Rytkönen 2013). Taloudellisen epävarmuuden ja heikentymän aikoina myös lapsiperheiden omat voimavarat vähenevät, jolloin lapset ja nuoret kuormittuvat enemmän (Salmi ym. 2012). Suurempia ongelmia ilmenee, jos samalla ns. korjaavien palveluiden saanti tai laatu heikentyy. Lasten ja nuorten elämänhaasteet ja kasvu ympäristöjen heikentynyt kyky tukea lapsia ilmenee pahoinvoinnin lisääntymisenä (mm. Salmi ym. 2012). Esimerkiksi vakavan väkivallan teon tehneiden nuorten kehitystä tutkittaessa todettiin, että kaikilla nuorilla oli ollut jossain kehityskulun vaiheessa sosioemotionaalisen terveyden ongelmia (Rytkönen 2013). Nuorten hyvinvoinnin edellytysten heikentyminen onkin näyttäytynyt viimeisen 20 vuoden aikana (1990–2010) kasvatus- ja perheneuvoloiden lapsiasiakkaiden lisääntymisenä (lähes 50 %), lastensuojelun avohuollon asiakkaiden lisääntymisenä (yli 100 %), huostaanotettujen nuorten osuuden kasvuna ikäluokastaan (yli 150 %), psykiatrisessa laitoshoidossa olevien nuorten osuuden kasvuna ikäluokastaan (yli 150 %) ja erityisopetuksessa olevien koululaisten osuuden kasvuna ikäryhmästään (noin 100 %) (Salmi ym. 2012).

Nuorten kuormittuminen erilaisten paineiden lisääntymisen ja ympäristön tuen heikentymisen seurauksena voi olla terveyttä kuluttava tilanne, jos nuoren voimavarat eivät ole määrällisesti tai laadullisesti riittävät kuormitustilan kohtaamiseen. Tämä on myös yhteydessä heikkoon koherenssin tunteeseen (Antonovsky 1980, 1988). Nuorten terveyden kehittymiseen on yhteydessä nuoren arjen ympäristöt (Salmi ym. 2012, Rytkönen 2013). Rytkösen (2013) tutkimuksessa vakavan väkivallan teon tehneistä nuorista lähes kaikkien vanhempien voimavarat olivat puutteelliset, mikä osaltaan lisää nuorten kuormittumista ja voi olla yhteydessä nuoren koherenssin tunteen kehittymisen heikkouteen (Antonovsky 1980). Nuorten käytettävissä olevista vastustusvoimavaroista sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus tai niiden laatu, saattaa olla heikkoa, sillä Rytkösen (2013) tutkimuksessa vakavan väkivallan

teon tehneistä nuorista (n=30) lähes kaikki oli ohjattu sosiaali- ja terveystalvelujen piiriin, mutta vain kahdella tuki toteutui nuoren tarpeita vastaavasti.

Nuoren terveyden kehittymiseen liittyy keskeisesti hänen lapsuutensa ja nuoruutensa olosuhteet ja vuorovaikutussuhteet kotona ja kodin ulkopuolella (mm. Salmi ym. 2012, Rytönen 2013, WHO 2013a). Myös koherenssin tunteen kehittymisen näkökulmasta aika syntymästä nuoruuteen on tärkeä, sillä perheeseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä nuorten koherenssin tunteeseen (Antonovsky 1980, 1988, Riskari ym. 2009, Volanen 2011, Rivera ym. 2012). Koherenssin tunteella ja terveydellä on yhteys. Tämä näyttäytyy esimerkiksi siten, että erilaiset lapsuuden käyttäytymis- ja keskittymisongelmat sekä mielenterveyden ongelmat ja somaattiset vaivat ovat ennustaneet pitkäaikaistutkimuksissa 18-vuotiaiden heikkoa koherenssin tunnetta (Honkinen ym. 2009, Ristkari ym. 2009). Toisaalta heikko sosioemotionaalinen kyvykkyys heikentää nuorten psyykkistä ja sosiaalista selviytymistä, mikä puolestaan ennakoii tunne-elämän vaikeuksia aikuisuudessa (Rytönen 2013). Lisäksi melkein 2/3 ennenaikaisista kuolemista ja kolmasosa sairastamisesta aikuisilla onkin yhteydessä nuoruusajan olosuhteisiin tai nuorena alkaneisiin tapoihin, kuten tupakointi, liian vähäinen fyysinen aktiivisuus, suojaamaton seksi tai väkivallalle altistuminen (WHO 2013b). Nuorten terveyden edistäminen varmistaa pidemmän ja laadukkaamman elämän.

2.3.2 Nuorten terveyteen vaikuttavia tekijöitä

Periaatteessa nuorten terveyden edistämiseen yhteydessä olevat tahot, kuten poliitikot, virkamiehet ja vanhemmat, Suomessa ja länsimaissa tunnistavat niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä nuorten hyvinvointiin ja hyvän terveyden kehittymiseen. Pääasiassa nuorten terveys onkin kohentunut etenkin Suomessa viimeisinä vuosikymmeninä (Kaikkonen ym. 2012), sillä viime vuosikymmenen aikana on tapahtunut pääsääntöisesti positiivisia muutoksia nuorten hyvinvoinnissa; Tupakointi ja huumeokeilut ovat vähentyneet, koulujen työolot parantuneet eikä koulujen työmäärää pidetä yhtä kuormittavana kuin 2000-luvun alussa. Nuoret myös liikkuvat vapaa-ajallaan enemmän. (Luopa ym. 2010.) Myös muualla Euroopassa nuoret voivat paremmin kuin aiemmin (Terveys-EU 2012). Kansainvälisesti tarkasteltuna nuorten terveys kuitenkin vaihtelee eri maiden ja maanosien välillä (WHO 2013b). Kehitysmaissa olevien nuorten terveyden kehittymisen haasteet ovat jo olosuhteiden vuoksi erilaiset Suomessa asuvien nuorten terveyden edistämiseen verrattuna. Nuorten hyvinvoinnissa on tapahtunut kuitenkin myös kielteistä kehitystä niin kansallisesti kuin

kansainvälisestikin. Kansainvälisesti nuorten terveyteen liittyvät haasteet ovat varsin samankaltaisia kuin Suomessa: mielenterveysongelmat, ruokailu- ja liikuntatottumukset, tupakointi, alkoholin käyttö, tapaturmat, sukupuolitaudit ja infektiot (Patton ym. 2012, WHO 2013b). Nuorten terveyden tilaa huonontavat erityisesti köyhät olot, eriarvoisuus sekä epäedulliset elin-, opiskelu- ja työskentelyolosuhteet (Terveys-EU 2012, Viner ym. 2012).

Nuorten kokemus terveydestään pysyi tuoreessa kansallisessa Kouluterveyskyselyssä (THL 2013) jokseenkin ennallaan, sillä huonoksi tai keskinkertaiseksi terveytensä kokivat useimmin tytöt kuin pojat ja useimmiten ammatillisissa oppilaitoksissa (22 %) opiskelevat verrattuna peruskoulussa (16 %) tai lukiossa (16 %) opiskeleviin nuoriin. Vaihtelu terveyden kokemuksesta huonoksi tai keskinkertaiseksi oli kuitenkin suurta, sillä esimerkiksi peruskoulun pojista huonoksi tai keskinkertaiseksi raportoivat terveytensä 13 % ja ammatillisessa koulutuksessa olevista tytöistä 27 %. Kuitenkin terveytensä hyväksi kokee valtaosa nuorista, joista suurin osa on peruskoulussa tai opiskelee lukiossa. Sukupuolittainen ero näyttäytyy myös nuorten kokemissa päivittäisissä oireissa, sillä tytöillä vaikuttaa olevan yleisemmin päivittäisiä oireita kuin pojilla. Oireiden kokemus ikäryhmästä on kuitenkin aika lailla samaa tasoa aikaisempaan vuoteen verrattuna. Myös koulutustasolla on yhteys oireiden kokemiseen, sillä peruskoululaisista 17 % kokee päivittäin vähintään kaksi oiretta, ammattiin opiskelevista 20 % ja lukiolaisista 14 %. Lukiolaisilla on ollut tässä kyselyssä vähiten terveyteen liittyviä ongelmia, vaikka he raportoivat jonkin verran koulu-uupumusta (11 %). Eniten koulu-uupumusta kokevat peruskoululaiset (13 %) ja vähiten ammatillisissa koulutuksissa olevat nuoret (8 %). (THL 2013.)

Vuoden 2011 Kouluterveyskyselyssä nuoret tytöt kokivat keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta yleisemmin (noin 10 % ero) kuin pojat. Peruskoulussa keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta raportoi kyllä lähes viidennes tytöistä (18 %), mutta peruskoululaisten keskiarvo oli kuitenkin 13 %, ammatillisten oppilaitosten opiskelijoilla 12 % ja lukiolaisilla 10 %. Kohtalaista tai vaikeaa ahdistusta vuoden 2013 Kouluterveyskyselyssä raportoivat eniten ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat tytöt (18 %). Ahdistus oli yleisempää tytöillä kuin pojilla. Peruskoululaisista ahdistusta oli 11 %:lla, ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista 12 %:lla ja lukiolaisista 9 %:lla. Kuitenkin mielenterveysongelmat voivat olla muutakin kuin keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta sekä ahdistusta. Arvioidaan, että nuorten mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet huomattavasti (Paananen & Gissler 2012, THL, SotkaNET 2005–2012) . Kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna ainakin 20 % nuorista

kokee jonkinlaista mielenterveyden häiriötä kuten masennusta, mielialavaihteluita, päihderiippuvuutta, itsetuhoista käyttäytymistä tai syömishäiriöitä (Black 2008, Paananen 2011). Monet mielenterveyshäiriöt alkavat tyypillisesti nuorena (Aalto-Setälä & Marttunen 2007). Yksi Suomen suurimmista nuorten aikuisten ikäkohorteista on vuonna 1987 syntyneet. Heistä noin 18 %:lta mielenterveysoireisiin apua saaneista puuttui peruskoulun jälkeinen tutkinto. Näistä nuorista aikuisista noin 40 %:lla oli mielenterveysongelmia. (Paananen 2011.)

Perheissä kasautuu herkästi hyvinvointiin liittyvät ongelmat, kuten kouluttamattomuus, mielenterveys- ja toimeentulo-ongelmat. Vanhempien ongelmat liittyvät lasten myöhäisempään hyvinvointiin ja mielenterveysongelmiin. (Paananen 2011.) Kuitenkin sosioekonomisella tasolta tarkasteltuna perheen sosioekonomiset tekijät, etenkin äidin koulutustaso, ei ollut yhteydessä nuorten masennusoireiluun (Kaikkonen ym. 2012). Heikon mielenterveyden on huomattu olevan laajemmin yhteydessä nuorten terveyteen ja kehitykseen, sillä se on yhteydessä lukuihin terveys- ja sosiaalisiin seurauksiin, kuten suurempaan alkoholin kulutukseen, tupakointiin ja huumeiden käyttöön, teiniraskauksiin, koulun keskeyttämiseen ja rikolliseen käyttäytymiseen (WHO 2013b). Somaattiseen sairastuvuuteen yhteydessä olevia psykologisia riskejä tunnetaan paljon (Honkinen 2009). Nuorten mielenterveydenhäiriöt ilmenevät usein myös fyysisinä, psykosomaattisina oireina (Rantanen 2000). Nuorten myöhempää mielenterveyttä ennakoikin tupakointi ja psykosomaattiset oireet sekä nuoren kokema psyykkinen terveys, hallinnan tunne, huolet ja kokemus vanhempisuhteista (Kinnunen 2011). Mielenterveyden edistäminen ja ongelmiin tarttuminen vaativatkin laaja-alaista otetta ja nuorten näkökulmasta helposti lähestyttäviä terveydenhuollon palveluita (Black 2008). Nuoren mielenterveyden edistämisen lähtökohtana on nuorten tunne-elämän ja ajattelun alueella. Nuori tarvitsee tukea ja apua, jos hänen tunne- ja ajattelumaailmansa kehittyy epäsuotuisaan suuntaan, sillä muuten hän saattaa ajautua ratkaisemaan ongelmiaan näkyvin keinoin. Keskeistä on vahvistaa nuorten mielenterveyttä tukemalla nuorten persoonallisuuden ja identiteetin kehittymistä, vahvistaa nuoren omavoimaisuutta sekä kykyä selviytyä erilaisista haasteista ja näin ehkäistä ongelmien syntymistä. (Kinnunen 2011.)

Myös nuorten syrjäytyminen on ajankohtainen haaste (STM 2001, OPM 2007) ja eriarvoisuudesta on merkkejä jo nuorilla, sillä ammattiin opiskelevien nuorten terveystottumukset ovat epäterveellisempiä kuin lukiolaisilla (Luopa ym. 2010, THL 2013) ja he kokevat yleisemmin terveytensä lukiolaisia heikommaksi (THL 2013). Lisäksi

syRJäytyneisyyden ajankohtaisuuteen viittaa se, että 1987 syntyneiden ikäkohortista toimeentulotukeen oli joutunut turvautumaan 23 %, poliisin tai oikeuslaitoksen rekisterissä oli 26 %:lla merkintä lieivistä rikkomuksista tai saaduista tuomioista ja huostaan otettuina tai kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli ollut 3 % (Paananen 2011).

Seuraavaksi käsitellään nuorten terveystottumusten ja ympäristön tekijöiden yhteyttä nuorten terveyteen ravitsemuksen, liikunnan, tupakoinnin, alkoholin, väkivallan, tapaturmien ja seksiin liittyvien tekijöiden, kuten HIV:n ja raskauksien, näkökulmasta. Monet lapset kehitysmaissa siirtyvät nuoruuteen aliravittuina, mikä tekee heistä herkempiä sairauksille ja aikaiselle kuolemalle. Tosin nuorten ylipaino ja lihavuus, yhtenä vääränlaisen ravitsemuksen osa-alueena, on lisääntynyt matalan ja korkean talouden maissa. (Giboux 2008.) Suomessa ylipaino on yleisempää pojilla kuin tytöillä. Peruskoulun nuorista 16 %, ammatillisista opiskelijoista 21 % ja lukiolaisista 15 % raportoi ylipainoa. (THL 2013.) Ylipainoisuuteen liittyy vakavia terveysseuraamuksia. Asianmukainen ravinto ja riittävät liikunnalliset harrastukset nuorena ovat perustana hyvälle terveydelle aikuisuudessa. (Giboux 2008.) Onneksi suomalaisnuorten vapaa-ajan liikkuminen on lisääntynyt (Luopa ym. 2010).

Maailmanlaajuisesti suurin osa tupakan polttajista aloittaa tupakoinnin nuorena. Yli 150 miljoonaa nuorta tupakoi ja määrä on kasvussa. (Viro 2008b.) Suomessa nuorten tupakointi on vähentynyt, mutta nuuskan käyttö on lisääntynyt (Luopa ym. 2010, THL 2013). Tupakoinnin mainostamisen kieltäminen, tupakkatuotteiden hintojen nousu ja yleisillä paikoilla tupakointia rajoittavat lait vähentävät tupakoinnin aloittajien lukumäärää. Nämä toimet vähentävät tupakan kulutusta ja lisäävät lopettajien lukumäärää. (Viro 2008b.) Nuorten huumeiden käyttö ja niiden kokeilun noususuhdanne on Suomessa pääasiassa taittunut (THL 2013). Nuorten alkoholin haitallinen käyttö on lisääntyvä huoli monissa maissa. Alkoholin käyttö vähentää itsekontrollia ja lisää riskikäyttäytymistä. Haitallinen juominen on merkittävin syy tapaturmille, väkivallalle ja aikaiselle kuolemalle. (Taylor 2008.) Suomessa alkoholi on nuorten yleisimmin käyttämä päihde. Humalajuominen on vahvasti yhteydessä nuorten kokemuksiin alkoholihaittoihin. Nuorten kokemia haittoja ovat fysiologiset ja sosiaaliset haitat sekä seksuaalinen riskikäyttäytyminen ja laittomuudet. (Samposalo 2013.) Suomessa nuorten alkoholin viikoittainen käyttö on laskenut (THL 2013). Alkoholin saatavuuden rajoitukset ovat tehokas strategia vähentää nuorten alkoholin haitallista käyttöä. Alkoholin mainostamisen kieltäminen voi vähentää ikätovereiden painetta nuoren juomiseen. (Taylor 2008.)

Kansainvälisellä tasolla 15–19-vuotiaiden toiseksi yleisin kuolinsyy on itsemurha ja yleisin kuolinsyy väkivalta yhteisössä tai perheessä. Hoivaavien suhteiden edistäminen varhaislapsuudessa, elämäntaitojen kehittäminen, alkoholin saatavuuden rajoitukset sekä tappavien välineiden saatavuuden rajoittaminen, voivat auttaa väkivallan ehkäisyssä. (Gubb 2008.) Suomessa väkivallan kokemukset etenkin kouluissa ovat pysyneet pääasiassa ennallaan. Fyysistä uhkaa koki 19 % peruskoululaisista, 23 % ammatillisten koululaitosten opiskelijoista ja 13 % lukiolaisista. Koulussa tapahtuvaan koulukiusaamiseen ei yleisesti puututtu koulussa. Hälyttävää on se, että ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista tytöistä yli kolmannes on kokenut seksuaalista väkivaltaa joskus tai toistuvasti, peruskoululaisista tytöistä viidennes ja lukiolaistytöistä lähes neljännes. (THL 2013.) Tehokkaampi ja herkempi huolenpito nuorista väkivallan uhreista on tarpeen (Gubb 2008). Suurin syy kuolemaan ja vammautumiseen nuorilla ovat tarkoituksettomat tapaturmat, joista liikennetapaturmat, hukkuminen ja palovammat ovat tyypillisimpiä. Tapaturmat ovat yleisempiä kehitysmaissa asuvilla nuorilla. Kehittyneissä maissa asuvilla tapaturmia sattuu yleisemmin köyhempien perheiden nuorilla. Tapaturmia voi vähentää yhteisöllisillä toimilla liikenneturvallisuuden lisäämiseksi ja kansalaisten valistaminen tapaturmien syistä. (Noorani 2008.)

Vuonna 2007 ilmeni arviolta 45 % kaikista uusista HIV tartunnoista 15–24-vuotiailla. Nuoret tarvitsevat tietoa Hi-viruksesta ja terveyspalvelujen tukea terveydestä huolehtimiseen. (Pirozzi 2008.) Nuorten, 16–19-vuotiaiden, synnytykset kattavat noin 11 % kaikista synnytyksistä. Suurin osa näistä sijoittuu kehitysmaihiin. Nuorilla on suurempi riski kuolla raskauteen liittyviin seurauksiin kuin vanhemmilla naisilla. Teiniraskauksia voidaan vähentää avioliiton minimi-ikien ja toisaalta saatavilla olevien ehkäisymenetelmien hyödyntämisellä. (Virot 2008a.)

2.4 Yhteenveto tutkielman teoreettisista lähtökohdista

Nuoruus on lapsuuden ja aikuisuuden väliin sijoittuva psyykkinen kehitysvaihe, joka ajoittuu pääasiassa ikävuosien 12–22 välille. Tänä ikä kautena nuoren täytyy sopeutua puberteetin aiheuttamiin muutoksiin kehossaan ja määritellä itsensä uudelleen fyysisen kasvun ja sen psykologisten seurausten vuoksi. Nuoruudessa nuoren ihmissuhteet kehittyvät siten, että nuori alkaa irtautua vanhemmistaan ja ikätovereiden merkitys korostuu. Nuoren on siis irtauduttava lapsuudestaan kyetäkseen muodostamaan oman identiteettinsä. Identiteetin lisäksi persoonallisuus kehittyy nuoruudessa ratkaisevalla tavalla aikaisempien

kehitysvaiheiden, synnynnäisen kasvun ja kehityksen voimasta. Nuoruusaikana on ainutlaatuinen mahdollisuus parantaa tulevaa elämänlaatua, sillä nuoruudessa tapahtuu ajoittaista psyykkistä taantumista. Näiden taantumien myötä lapsuudenaikaiset toiveet ja ristiriidat sekä erilaiset traumat tulevat uudelleen mielen työstettäväksi. Nuori pystyy kohtaamaan lapsuuden häiriöt aikaisempaa kehittyneemmällä tavalla ja henkisesti valmiimpana, jolloin monet lapsuuden häiriöt voidaan ratkaista ja korjata.

Nuorten terveyttä voidaan edistää salutogeneesin näkökulmasta, jolloin keskitytään siihen, mikä saa aikaan terveyttä. Salutogeneesin pääkäsite, koherenssin tunne tarkoittaa joustavaa elämänorientaatiota. Sen avulla nuoret voivat kuormittavassa tilanteessa säilyttää terveytensä ja jopa parantaa sitä. Koherenssin tunne näyttäytyy kuormittavissa tilanteissa henkilön kykynä ymmärtää haastava tilanne, tunnistaa ja valita haasteen selvittämiseksi sopivimmat käytössä olevat voimavarat ja kokea haasteen selvittäminen mielekkääksi. Teoriassa keskeistä ovat myös vastustusvoimavarat, joiden avulla ratkaistaan kohdattu haaste. Koherenssin tunne on yhteydessä terveyteen ja se kehittyy lapsuudesta alkaen. Nuorten koherenssin kehittymisen näkökulmasta keskeistä on lapsuuden ajan elinympäristö, vuorovaikutussuhteet, osallistuminen päätöksentekoon ja sopiva kuormitus. Koherenssin tunnetta voi mitata Orientation to Life -kyselylomakkeella, jonka on todettu olevan moniulotteinen ja herkkä mittaamaan koherenssin tunnetta maailmanlaajuisesti.

Nuorten terveys ja hyvinvointi muodostuu kokonaisuudesta, jossa keskeistä on terveellinen ravinto, puhtaus, uni sekä terveellinen ja turvallinen ympäristö. Tärkeää on myös pitkäjänteinen ja vastavuoroinen suhde aikuisten kanssa, virikkeelliset, mutta rauhalliset päivittäiset ympäristöt, nuoren persoonan huomiointi ja arvostaminen omana itsenään, hyväksyntä ja tuki omalle kehitykselle sekä edellytysten luominen maailman ymmärtämiselle ja elämänvalintojen tekemiselle tiedon, ajan, tilan ja kannustamisen kautta. Nuoret voivat Suomessa pääosin hyvin, mutta siitä huolimatta hyvinvointierot kasvavat ja ongelmat kasaantuvat herkästi osalle nuorista. Ajankohtaisia terveyden edistämisen haasteita kansallisesti ja kansainvälisesti nuorilla ovat mielenterveysongelmat, ruokailu- ja liikuntatottumukset, tupakointi, alkoholin käyttö, tapaturmat, sukupuolitaudit ja infektiot. Etenkin mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet, ja arviolta 20 % nuorista kärsii jostain mielenterveysongelmasta. Nuorten terveyteen liittyvät moninaiset seikat, jotka usein ovat kytköksissä toisiinsa. Nuorten terveyden ja hyvinvoinnin riskit ovat pääasiassa hyvin tiedossa, mutta tutkimusta suojaavista ympäristö- ja psykologisista tekijöistä ei ole riittävästi. Tieto

nuorten hyvinvoinnin edellytyksistä ei myöskään aina pääse käytäntöön erilaisten taloudellisten tai nuoren ympäristöihin liittyvien ongelmien vuoksi. Näin ollen osa nuorista kohtaa varsin suurta kuormitusta. Koherenssin tunne voi toimia terveyttä edistävänä ja suojaavana tekijänä kuormituksen käsittelyssä. Kuitenkin tutkimustieto nuorten koherenssin tunteen kehittämisestä on vielä niukkaa eikä nuorten koherenssin tunteen ja terveyden näkökulmasta tehtyjä yhteenvetoja juuri ole, vaikka se voisi edistää nuorten terveyttä ja hyvinvointia sekä lisätä koherenssin tunteeseen liittyvää tutkimustietoa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata nuorten koherenssin tunnetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä kirjallisuuteen perustuen.

Tutkimustehtävinä on kuvata

1. nuorten koherenssin tunteen ulottuvuuksia
2. nuorten koherenssin tunteen ja terveyden yhteyttä
3. nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää nuorten koherenssin tunnetta tukevien interventioiden kehittämisessä ja jatkotutkimusten kohdentamisessa.

4 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tutkimus on laadullinen ja tutkimusmenetelmänä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka avulla kuvataan nuorten koherenssin tunnetta aiemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta. Tutkimusmenetelmä valikoitui tutkimuskysymysten ja tutkimuksellisten tarpeiden perusteella. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tässä yhteydessä tavoitteellista tutkitun tiedon kriittistä, systemaattista ja kattavaa arviointia sekä tutkimustulosten yhdistämistä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, CRD 2008, Polit & Beck 2012). Systemaattista kirjallisuuskatsausta käytetään tieteellisenä tutkimusmenetelmänä, joka perustuu tutkimussuunnitelmaan (Khan ym. 2012). Se on tutkimusprosessina läpinäkyvä eli se on toistettavissa ja siinä pyritään välttämään systemaattista harhaa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, Polit & Beck 2012). Tässä tutkielmassa toimitaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessin mukaisesti, jolloin tutkimus etenee aiheen rajauksesta ja hyväksymis- ja poissulkukriteerien määrittämisestä kirjallisuushaun toteutukseen (Metsämuuronen 2005, Holopainen ym. 2008, Khan ym. 2012), aineiston analysointiin (Whittemore 2005) ja tulosten esittämiseen (Holopainen ym. 2008). Tässä tutkielmassa käytetään jatkossa termiä katsaus lyhenteenä systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta.

4.2 Tutkimusaineiston valintakriteerit

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä vaiheessa määritettiin tutkimustehtävät ja rajattiin aihe (Holopainen ym. 2008, Polit & Beck 2012). Aineisto rajattiin koskemaan koherenssin tunteeseen liittyviä tutkimuksia, joiden kohderyhmään kuuluvat 13–18-vuotiaat nuoret. Haku rajattiin koskemaan vuosina 2007–2012 (1.1.2007–31.8.2012) julkaistuja tieteellisen arviointiprosessin läpikäyneitä tutkimusartikkeleita. Myös elektroniset julkaisut huomioitiin, toisin sanoen julkaisut, jotka olivat ”article in press” tai ”e-published”.

Katsauksen toisessa vaiheessa määritettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Whittemore 2005). Sisäänottokriteereinä olivat tutkimukset, joissa oli käytetty Antonovskyn kehittämää koherenssin tunteen teoriaa ja tutkimukset kohdistuivat nuorten koherenssin tunteeseen. Pois-

sulkukriteerinä olivat tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimustehtäviin tai oli julkaistu muilla kielillä kuin suomi, ruotsi tai englanti.

4.3 Kirjallisuushaun toteutus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen haku perustettiin alustavalle haulle, joka toteutettiin informaation tuella ja jonka tarkoituksena oli täsmentää hakustrategia tietokantoihin ja hakusanoihin. Hakusanojen valinnassa käytettiin hyväksi myös PICO-formaattia (Participans, Interventions, Comparison and Outcomes) (O'Connor ym. 2009) ja tietokantojen asiasanahakemistoja. Näin ollen hakusanoiksi muodostuivat young*, youth, adolescen*, teenage*, juvenil* ja koherenssin tunne, "sense of coherence" ja salutogen*. Alustavan haun perusteella jätettiin hakusanoista pois terveys-sanat, koska se rajasi hakua liikaa ja olisi voinut vaikuttaa ensimmäisen ja kolmannen tutkimustehtävän tuloksiin.

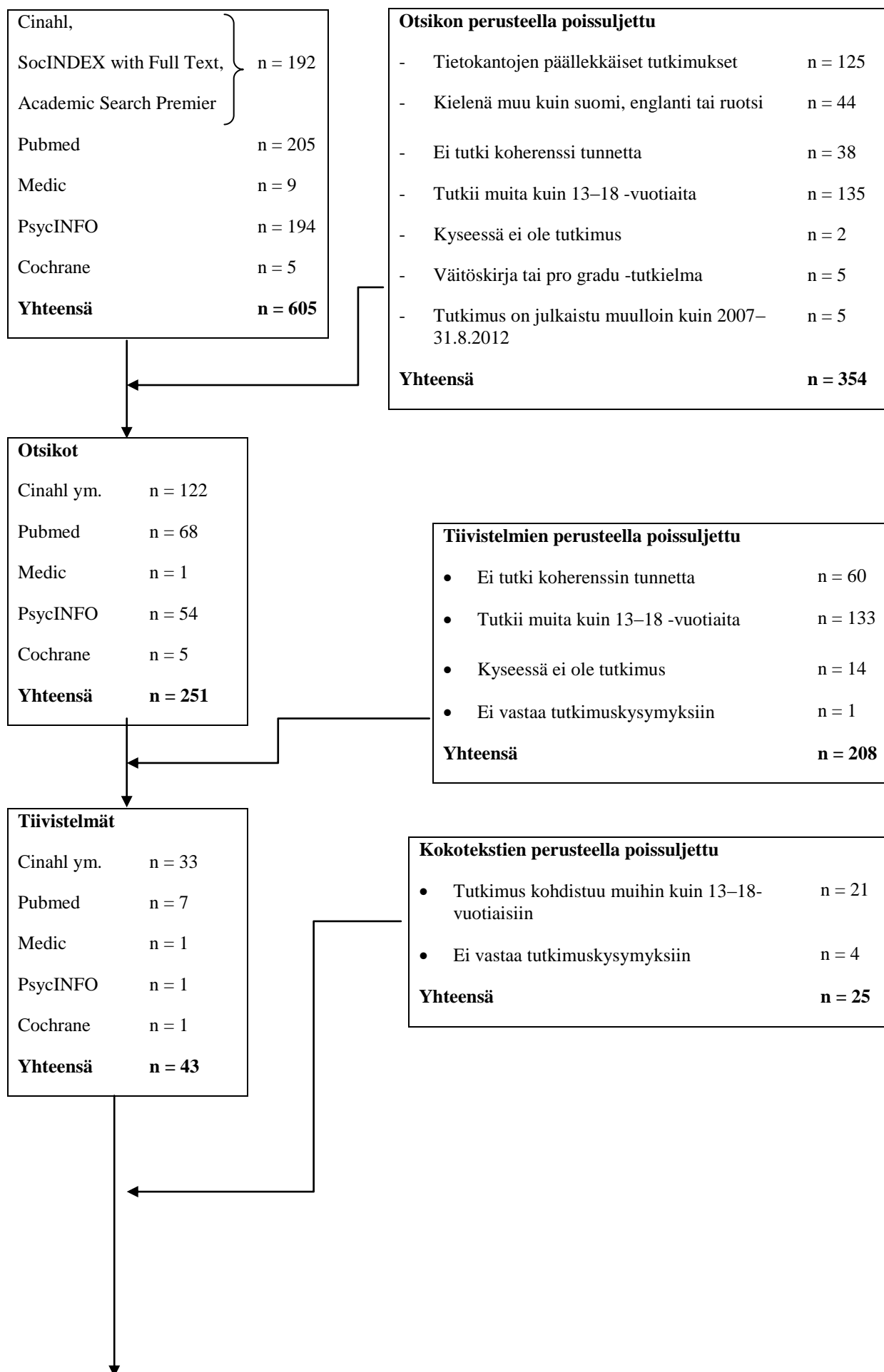
Tietokantahaku tehtiin Pubmed-, Cochrane-, PsycINFO- ja Medic-tietokannoista sekä Cinahl-tietokannasta ja siihen liittyvistä SocINDEX with Full Text ja Academic Search Premier -tietokannoista. Haun tarkoituksena oli löytää mahdollisimman paljon tutkimustietoa katsausta varten, joten hakutulosta varmistettiin tekemällä myös manuaalinen haku Journal of Adolescent Health, Journal of Adolescence ja Scandinavian Journal of Public Health -lehtien vuosikerroista (Jenkins 2004, Holopainen ym. 2008). Tietokantahaku on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuushaku elektronisista tietokannoista.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Cinahl, SocINDEX with Full Text, Academic Search Premier	“sense of coherence*” OR salutogen* AND (youth OR young* OR adolescen* OR teenage* OR juvenil*)	Vuodet 2007 - 2012 peer review	192	13
PubMed	(“sense of coherence*” OR salutogen*) AND (youth OR young* OR adolescen* OR teenage* OR juvenil*)	Vuodet 2007–2012	205	3
Medic	“koherenssin tunne” OR “sense of coherence*” OR salutogen*	Vuodet 2007–2012	9	1
PsycINFO	"sense of coherence*" OR salutogen*	Vuodet 2007–2012 peer review Age group: adolescence OR Young adulthood OR Adulthood	194	1
Cochrane	salutogen* OR "sense of coherence*"	Vuodet 2007–2012 Title, Abstract, Keywords	5	1
Manuaalihaku Journal of Adolescent Health, Journal of Adolescence ja Scan- dinavian Journal of Public Health - julkaisuihin	“sense of coherence” OR salutogen*	Vuodet 2007–2012	50	0
Yhteensä			655	18

Huom! Hakukone poistaa tietokantojen päällekkäiset julkaisut Cinahl ja Pubmed - tietokannoissa.

Alkuperäistutkimusten valinta katsaukseen tapahtui kolmivaiheisesti sisäänotto- ja poissulkukriteereitä hyödyntäen. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit pilotoitiin kymmenen tutkimuksen avulla. Haun perusteella saaduista viitteistä (n=655) käytiin läpi kaikkien tutkimusten otsikot ja valittiin ne tutkimukset, joiden tiivistelmät hankittiin. Seuraavaksi luettiin tutkimusten tiivistelmät läpi ja valittiin luettavaksi koko tekstit. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.) Otsikko- tai tiivistelmätasolta epäselväksi jääneet tutkimukset siirtyivät aina seuraavaan vaiheeseen eli niihin tutustuttiin tarkemmin (Jenkins 2004). Viimein kokotekstin perusteella valittiin tutkimukset, joiden laatu arvioitiin. Alkuperäistutkimusten laadun arviointikriteereiden perusteella tehty hylkäysraja oli 50 % pisteistä. Elektroninen tiedonhaku esitetään tarkemmin kuviossa 1.



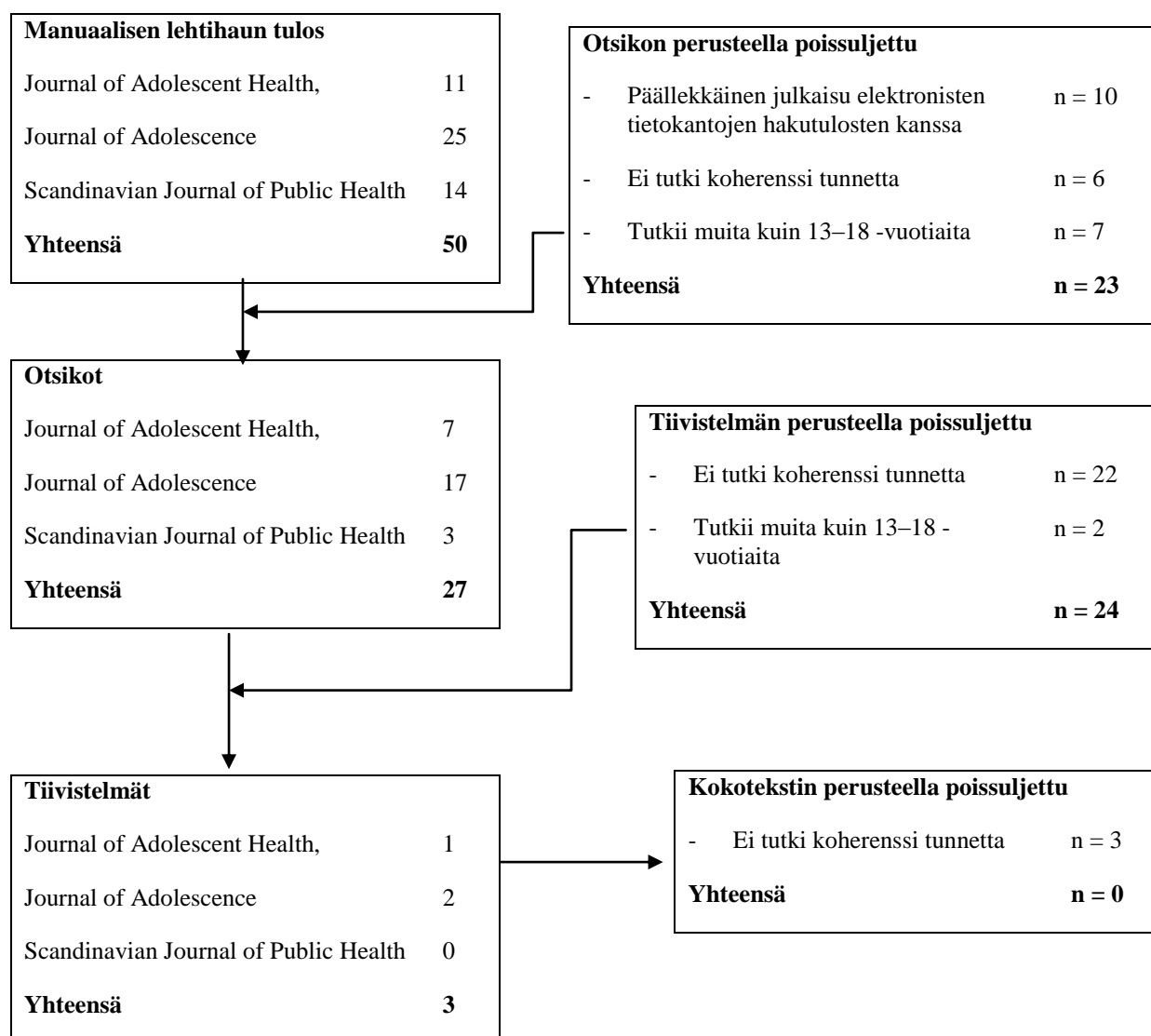
Luotettavuuden arviointiin valitut tutkimukset	
Cinahl ym.	n = 13
Pubmed	n = 3
Medic	n = 1
PsycINFO	n = 0
Cochrane	n = 1
Yhteensä	n = 18

Kuvio 1. Tietokantahaku tietokannoista 1.1.2007–31.8.2012.

Aineiston tiedonhaussa ongelmaa aiheutti tietokantojen erikoinen asiasanojen käyttö, jolloin ”sense of coherence” -avainsanaa käytettiin tietokannoissa kuvaamaan myös aivotutkimusta ja aivokäyriin liittyvää koherenssia tai psykologiassa käytettävää sisäistä koherenssia. Tämä tuotti haastetta valikoida tutkimukset tiivistelmä-tasolta kokotekstien lukuun, joten sisäänotto- ja poissulkukriteereiden pilotoinnin jälkeen koko tekstin lukuun valittiin tutkimukset, joiden otsikosta, tiivistelmästä tai mainituista mittareista kävi ilmi tutkimuksessa käytettävän hyväksi Aaron Antonovskyn koherenssin tunnetta tai sitä mittaavia mittareita eri nimityksillä (The Orientation of Life -questionnaire, SOC-13, SOC-questionnaire ym.). Epäselvissä tilanteissa tutkimus valittiin koko tekstin lukuun asian varmistamiseksi.

Alkuperäistutkimusten valinnassa kiinnitettiin tutkimusten valintavaiheessa huomiota siihen, kuinka tutkimus vastasi tutkimuskysymyksiin. Tämän vuoksi pitkäaikaistutkimuksia jäi pois, vaikka niissä olisikin ollut yhtenä mittaussvaiheena nuoren koherenssin tunteen mittaaminen. Pitkäaikaistutkimuksissa usein verrattiin nuorena saatuja tuloksia joko lapsuuden muuttujiin tai aikuisuuden muuttujiin. Pelkästään nuorten koherenssin tunteen arvojen hyväksikäyttäminen ei olisi vastannut tutkimuskysymyksiin. Pitkäaikaistutkimukset, joissa nuori oli koko tutkimuksen ajan 13–18-vuotias, hyväksyttiin analyysiin. Tarkasteluun valittiin yksilön, eli nuoren koherenssin tunne (vrt. koulun koherenssi SSOC ja perheen koherenssi FSOC). Katsauksesta ja aineiston valintaprosessin ensimmäisessä vaiheessa jäi kielen vuoksi pois 44 tutkimusta, joista valtaosa oli saksaksi (n=17). Muuten pois jäi espanjalaisia (n=7), puolalaisia (n=7), portugalilaisia (n=2), norjalaisia (n=2), liettualaisia (n=2), venäläisiä (n=2) ja yksittäisiä tutkimuksia Kreikasta, Slovakiasta, Italiasta, Unkarista ja Ranskasta. Tutkimukset poissuljettiin ilman, että olisi ollut tietoa niiden soveltuvuudesta katsaukseen kielestä huolimatta. Manuaalihausta ei löytynyt täydennystä elektroniseen hakuun. Manuaalihaku, Journal

of Adolescent Health, Journal of Adolescence ja Scandinavian Journal of Public Health -lehtien vuosikerroista, esitetään kuviossa 2.



Kuvio 2. Manuaalinen haku elektronisista lehdistä.

Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Analyysiin mukaan otettujen tutkimusten luotettavuus arvioitiin, koska se vaikuttaa systemaattisen katsauksen luotettavuuteen ja katsauksessa tehtäviin johtopäätöksiin (mm. Whitemore 2005, CDR 2008, Polit & Beck 2012). Saatavilla olisi ollut runsaasti jokaiseen tutkimusmetodiin suunniteltuja arviointikriteerejä, mutta koska tämän katsauksen alkuperäistutkimukset olivat metodeiltaan erilaisia, käytettiin niiden arvioinnissa yleisiä

kriteereitä. Kriteerit muotoiltiin Hoitotyön tutkimussäätiön (2004) muodostamien kriteereiden pohjalta (Hannula ym. 2010). Alkuperäistutkimusten laatukriteerit olivat 1) tutkimuksen tausta ja tarkoitus, 2) tutkimusasetelma, aineisto ja tutkimusmenetelmät, 3) aineistonkeruu ja aineiston analysointi, 4) luotettavuus ja eettisyys sekä 5) tulokset ja johtopäätökset. Alkuperäistutkimukset arvioitiin asianmukaisiksi, epäselviksi tai selvästi epäasianmukaisiksi (Franck & Spencer 2005). Tutkimusten osa-alueet pisteytettiin seuraavasti: asianmukainen osa-alue 2 pistettä, epäselvä osa-alue 1 piste, selvästi epäasianmukainen osa-alue 0 pistettä. Maksimipistemäärä oli siten 10 pistettä. Hylkäysrajana oli 50 % maksimipisteistä (ks. Franck & Spencer 2005), mutta kaikki laadunarviointiin hyväksytyt tutkimukset ylittivät rajan (n=18).

Laadunarviointi on kriteereistä huolimatta subjektiivista, mitä pyrittiin vähentämään sillä, että kaksi tutkijaa arvioi laatua. Alkuperäistutkimusten laadunarvioinnin tekivät tutkielmaa tekevä Soili Hietasola-Husu (TtK) ja yliopistonlehtori Mari Kangasniemi (TtT). Kumpikin teki aluksi arvioinnin edellä mainittujen kriteereiden perusteella itsenäisesti, minkä jälkeen keskustelemalla yhtenäistettiin laadunarviointi. Yksimielisyys saavutettiin helposti. Pääasiassa tutkimukset olivat laadultaan hyviä. Pisteiden mediaani ja keskiarvo olivat kumpikin 9. Pisteiden vaihteluväli oli 6–10. Tutkimuksen tausta ja tarkoitus olivat pääasiassa asiallisia, vain kahdessa tutkimuksessa jäi epäselvyyttä tutkimuksen tarkoituksen ja taustan vuoksi (Bronikowski & Bronikowska 2009, Priebe ym. 2010). Tutkimusasetelma, -aineisto ja -menetelmäosiossa tutkimukset saivat täydet pisteet kahta lukuun ottamatta osallistujiin liittyvien puutteellisten tietojen vuoksi (Bronikowski & Bronikowska 2009, García-Moya ym. 2012). Kaikissa tutkimuksissa oli kuvattu aineistonkeruu ja -analyysi asianmukaisesti. Suurin osa laadunarviointiin liittyvistä puutteista tai epäselvyyksistä koski alkuperäistutkimusten luotettavuuden ja eettisyyden arviointia. Kahdeksassa tutkimuksessa oli puutteita tai epäselvyyttä eettisyydessä (Honkinen ym. 2008, Evans ym. 2009, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Sagy ym. 2009, Neuner ym. 2011, Togari ym. 2011, Luyckx ym. 2012) ja viidessä tutkimuksessa luotettavuuteen liittyvissä tekijöissä. Luotettavuutta arvioidessa huomattiin lähinnä mittareiden luotettavuuden raportoinnissa olleen puutteita tai epäselvyyksiä (Honkinen ym. 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Koushede & Holstein 2009, Mattila ym. 2011, García-Moya ym. 2012). Tulokset ja johtopäätökset oli raportoitu pääsääntöisesti asiallisesti. Vain yhdessä tutkimuksessa huomattiin epäselvyyttä tuloksissa (Bronikowski & Bronikowska 2009). Taulukossa 2 esitetään katsaukseen valitut tutkimukset ja tutkimuskohtaiset laadunarvioinnin pisteet.

Taulukko 2. Katsaukseen valitut tutkimukset.

Tekijä	Vuosi	Otsikko	Laadun-arviointi
Apers ym.	2012	Sense of coherence is a predictor of perceived health in adolescents with congenital heart disease: A cross-lagged prospective study	10
Bronikowski & Bronikowska	2009	Salutogenesis as a framework for improving health resources of adolescent boys	6
Evans ym.	2009	Promoting Adolescent Sense of Coherence: Testing Models of Risk, Protection, and Resiliency	9
García-Moya ym.	2012	Analysis of the importance of family in the development of sense of coherence during adolescence	8
Honkinen ym.	2008	Stability of the sense of coherence in adolescence	8
Kokkonen ym.	2009	Yhdeksäsluokkalaisten koululaisten raportoima liikuntatuntien motivaatioilmasto ja koherenssin tunne koetun fyysisen pätevyyden selittäjänä	8
Koushede & Holstein	2009	Sense of Coherence and Medicine Use for Headache Among Adolescents	9
Luyckx ym.	2012	Individual and Contextual Determinants of Quality of Life in Adolescents With Congenital Heart Disease	9
Mattila ym.	2011	Sense of coherence and health behavior in adolescence	9
Moksnes ym.	2012a	Sense of coherence and emotional health in adolescents	10
Moksnes ym.	2012b	The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents	10
Moksnes ym.	2011	The Association between Stress, Sense of Coherence and Subjective Health Complaints in Adolescents: Sense of Coherence as a Potential Moderator	10
Myrin & Lagerström	2008	Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents	10
Neuner ym.	2011	Sense of Coherence as a Predictor of Quality of Life in Adolescents With Congenital Heart Defects: A Register-Based 1-Year Follow-Up Study	9
Nielsen & Hansson	2007	Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence	10
Priebe ym.	2010	Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population-based study with Swedish adolescents	9
Sagy ym.	2009	Factors related to attitudes towards drug use and alcohol drinking: Comparing immigrants from the former Soviet Union and Israeli-born adolescents	9
Togari ym.	2011	Sense of coherence in mothers and children, family relationships and participation in decision-making at home: an analysis based on Japanese parent-child pair data	9

4.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä, jonka avulla aineisto käsitteellistettiin ja muodostettiin ylä- ja alaluokkia. Analyysitapa valikoitui tutkimuskysymysten sekä aineiston laadun heterogeenisyyden vuoksi. Tutkimustehtävät määrittivät analyysitapaa siten, että ydinteemat muodostuivat tutkimustehtävien perusteella, mutta ylä- ja alaluokat muodostuvat induktiivisesti. Aineiston analyysi eteni vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaisesti. Valitut tutkimukset luettiin useaan kertaan. Aineisto pelkistettiin koodaamalla se tutkimuskysymyksittäin. Tämän jälkeen koodattu aineisto ryhmiteltiin alateemoiksi yhdistämällä yhteenkuuluvat lausumat. Aineisto käsitteellistettiin edelleen muodostamalla samansisältöisistä alaluokista yläluokat. (Woods ym. 2002, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Nuorten koherenssin tunteen ulottuvuuksien aineistona käytettiin julkaisujen teoriaosuutta. Koherenssin tunteen ulottuvuudet hahmottuivat tutkimusaineiston kautta tarkastelemalla miten eri tutkimuksissa kuvattiin koherenssin tunnetta, minkälaisiin aiheisiin se oli yhdistetty ja miten sitä tutkittiin. Esimerkiksi alkuperäistutkimusten kuvaus koherenssin tunteesta poimittiin julkaisujen teoriaosuudesta ja liitettiin erilliseen taulukkoon, jonka jälkeen kuvauksia pelkistettiin jonkin verran. Seuraavaksi kuvaukset ryhmiteltiin siten, että yhdistettiin samaa sisältöä kuvaavat ilmaisut omaan ryhmään. Tämän jälkeen ryhmät nimettiin kuvaavilla nimillä. Samassa tarkasteltiin aineistossa käytettyä lähteitä, joiden käyttöä tarkasteltiin viittausten sisältöjen ja käytettyjen määrien perusteella. Näin saatiin selville useimmiten käytetyt lähteet, se mihin perustuen aineistossa kuvattiin koherenssin tunne. Tutkimustuloksissa tuodaan esille lähteet, joita on käytetty yli kahdessa alkuperäistutkimuksessa. Samalla sisällönanalyysin periaatteella analysoitiin nuorten koherenssin tunteen muut ulottuvuudet, koherenssin tunteen ja terveyden yhteys sekä koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevat tekijät. Liitteessä 2 esitetään esimerkkinä osa nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevien tekijöiden aineiston sisällönanalyysistä.

5 TULOKSET

5.1 Koherenssin tunteen ulottuvuudet

5.1.1 Salutogeneesi teoreettisena perustana

Aineistossa koherenssin tunnetta käsiteltiin salutogeneesin pääteorianana. Tutkimuksissa käsiteltiin koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevia tekijöitä sekä koherenssin tunteen ja terveyden yhteyttä. Lisäksi tutkimukset käsittelivät koherenssin tunteen yhteyttä mielenkiinnon kohteena oleviin muuttujiin, tekijöihin tai malleihin. Kaikissa alkuperäistutkimuksissa käytettiin jotain Antonovskyn julkaisua johdanto-osuudessa määrittelemään salutogeneesiä, koherenssin tunnetta (SOC) tai vastustusvoimavaroja (GRR). Yleisimmin käytettiin Antonovskyn alkuperäisteoksia ja artikkeleita. Lähes kaikissa tutkimuksissa (n=16) käytettiin Antonovskyn 1987 julkaistua teosta: *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Vain kahdessa tutkimuksessa sitä ei käytetty (Priebe ym. 2010, García-Moya ym. 2012), mutta niissä tutkimuksissa käytettiin muita Antonovskyn perusteoksia (1979, 1991). Ensimmäistä Antonovskyn teosta salutogeneesistä ja koherenssin tunteesta vuodelta 1979: *Health, Stress and Coping: New perspectives on Mental and Physical Well-being*, käytettiin kahdeksassa tutkimuksessa (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Moksnes ym. 2011, Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Mattila ym. 2011, Neuner ym. 2011, Moksnes ym. 2012a). Antonovskyn julkaisuja käytettiin vuosilta 1993, neljässä tutkimuksessa (Nielsen & Hansson 2007, Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Sagy ym. 2009) ja 1996 viidessä tutkimuksessa (Bronikowski & Bronikowska 2009, Mattila ym. 2011, Togari ym. 2011, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012).

Tutkimuksissa (n= 13) kuvattiin salutogeneesiä ja koherenssin tunteen yhteyttä siihen (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Evans ym. 2009, Kokkonen ym. 2009, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b, 17, ja Togari ym. 2011) Antonovskyn alkuperäisteoksiin (1979, 1987) ja artikkeleihin (1993, 1996) perustuen. Koherenssin tunne määriteltiin 10 tutkimuksessa Antonovskya (1987) lainaten: ” a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though

dynamic feeling of confidence that (a) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (b) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (c) these demands are challenges worthy of investment and engagement" (Nielsen & Hansson 2007, Bronikowski & Bronikowska 2009, Kokkonen ym. 2009, Moksnes ym. 2011, Togari ym. 2011, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b). Lisäksi koherenssin tunteen osa-alueet, komponentit, ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys oli tuotu varsin yhtenäisesti esiin Antonovskyyyn perustuen (1987) seitsemässä tutkimuksessa (Nielsen & Hansson 2007, Bronikowski & Bronikowska 2009, Koushede & Holstein 2009, Sagy ym. 2009, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a) tai yhdistetty edellä mainittuun Antonovskyn lainaukseen (Kokkonen ym. 2009, Moksnes ym. 2011, Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012). Lisäksi käytettiin Erikssonin ja Lindströmin julkaisuja. Useimmiten (n=10) käytettiin vuoden 2006 (b) julkaisua: A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter (Honkinen ym. 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Priebe ym. 2010, Mattila ym. 2011, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Togari ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012b) ja vuoden 2005 julkaisua (n=8): Validity of Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review (Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Togari ym. 2011, Apers ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b).

Koherenssin tunnetta kuvailtiin klassikkoon (1987) ja artikkeleihin (1993, 1996) perustuen yksilön ominaisuudeksi (Koushede & Holstein 2009, Kokkonen ym. 2009, Neuner ym. 2011), kuten elämän orientaatioksi (Sagy ym. 2009, Mattila ym. 2011) positiiviseksi asenteeksi haasteita kohtaan (Koushede & Holstein 2009, Mattila ym. 2011), itsevarmuudeksi (Mattila ym. 2011) ja voimavaraksi (Evans ym. 2009, Neuner ym. 2011). Määrittelyissä tuotiin lisäksi esille koherenssin tunteen käyttö haastavissa ja stressaavissa tilanteissa (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Evans ym. 2009, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Mattila ym. 2011, Neuner ym. 2011, Togari ym. 2011, Apers ym. 2012) terveyttä edistävällä tavalla. Moksnes ym. (2012a) toivat lisäksi esille rakenteeseen kohdistuneen kritiikin. Esille tuotiin myös vastustusvoimavarojen tunnistaminen ja käyttö Antonovskyyyn (1979, 1987) perustuen (Honkinen ym. 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Neuner ym. 2011). Vastustusvoimavarojen ja vahvan koherenssin tunteen yhteyteen liittyvissä teksteissä käytettiin Erikssonin ja Lindströmin (2005) ja Nielsen & Hanssonin (2007) julkaisuja

(Moksnes ym. 2011, Moksnes ym. 2012a). Lisäksi käytettiin muutamia yksittäisiä julkaisuja koherenssin tunteen ilmaisemiseksi toisin sanoin.

Koherenssin tunteen yhteys terveyteen oli tuotu esille aikuisväestössä kymmenessä tutkimuksessa (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Koushede & Holstein 2009, Priebe ym. 2010, Mattila ym. 2011, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Togari ym. 2011, Moksnes ym. 2012b, Moksnes ym. 2012a), mutta tässä yhteydessä ei ollut käytetty yhtenäisesti samoja tutkimuksia Erikssonin ja Lindströmin (2006a) julkaisua lukuun ottamatta. Samalla julkaisulla perusteltiin koherenssin tunteen ja terveyden suhdetta nuorilla tai aikuisilla (n=10) (Honkinen ym. 2008, Koushede & Holstein 2009, Priebe ym. 2010, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Togari ym. 2011, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b). Koherenssin tunteen ja terveyden vastavuoroinen suhde oli tuotu esille mm. Antonovskyn (1987) sekä Erikssoniin ja Lindströmiin (2006a) että yksittäisiin tutkimuksiin perustuen yhdessä tutkimuksessa (Apers ym. 2012). Koherenssin tunteen toiminta, sietokyvyn kehittäminen (n=3) (Honkinen ym. 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Evans ym. 2009) sekä koherenssin tunteen yhteys ihmisen omaan terveystäytymiseen tuotiin esille yksittäisiin tutkimuksiin perustuen (n=6) (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Mattila ym. 2011, Neuner ym. 2011). Koherenssin tunteen yhteys hyvinvointiin tuotiin esille yksittäistutkimuksin (García-Moya ym. 2012), ja elämänlaatuun (n= 6) (Mattila ym. 2011, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012b, Luyckx ym. 2012) lähinnä Erikssonin ja Lindströmin (2007) julkaisuun perustuen. Koherenssin tunteen yhteys erilaisiin oireisiin tuotiin esille viidessä (Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Togari ym. 2011, Moksnes ym. 2012a) tutkimuksessa, joista kolme (Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Togari ym. 2011) perustui Torsheimin, Aarøn & Woldin (2001) julkaisuun: Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships. Kyseistä julkaisua käytettiin myös koherenssin tunteen ja stressin yhdistämisessä kahdessa tutkimuksessa (Koushede & Holstein 2009, Moksnes ym. 2011). Koherenssin tunteen ja stressin yhteys tuotiin esille lisäksi kolmessa tutkimuksessa (Nielsen & Hansson 2007, Priebe ym. 2010, Moksnes ym. 2011).

Koherenssin tunteen kehittymisestä tuotiin pääsääntöisesti esille nuorten koherenssin tunne, nuoruuden haastavuus koherenssin tunteen kehittämisessä, koherenssin tunteen stabiilitetti ja

koherenssin tunteen vahvuuteen yhteydessä olevat tekijät. Seitsemässä tutkimuksessa tuotiin esille Antonovskyn (1987) perustuen se, että koherenssin tunne kehittyy lapsuudessa ja nuoruudessa (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Mattila ym. 2011, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a). Seuraavaksi eniten käytettiin (n=5) Erikssonin & Lindströmin (2006a) (Honkinen ym. 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012, Luyckx ym. 2012) sekä Marsh ym. (2007) julkaisua (n=4) (Evans ym. 2009, Mattila ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a). Nuoruuden haastavuus koherenssin tunteen kehittymisen ajanjaksona tuotiin esille viidessä tutkimuksessa (Honkinen ym. 2008, Moksnes ym. 2011, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a,) perustuen Antonovskyn (1987), yksittäisiin tutkimuksiin tai yleiseen oletukseen nuoruuden haasteita. Kolmessa tutkimuksessa ei tuotu esille mitään teoreettista viitekehystä koherenssin tunteen kehittymisestä (Koushede & Holstein 2009, Sagy ym. 2009, Moksnes ym. 2012b).

Koherenssin tunteen pysyvyyttä perusteltiin yksittäisillä tutkimuksilla ja niiden tuloksia verrattiin Antonovskyn teoriaan (1987) (n=6) (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Moksnes ym. 2012a), jonka mukaan koherenssin tunne vakiintuu pääsääntöisesti varhaisessa aikuisuudessa. Koherenssin tunteen vahvuuteen liittyvät seikat olivatkin pääsääntöisesti tutkimusten mielenkiinnon kohteina ja perustuivat lähinnä yksittäisiin lähteisiin ja Antonovskyn (1987) teoriaan. Moksnes ym. (2012a) toivat esiin myös kriittistä näkökulmaa koherenssin tunteen stabiliteetista.

Nuorten koherenssin tunteen tutkimusten ensisijaiset kiinnostuksen kohteet ryhmiteltiin ylä- ja alaluokkiin. Ensisijaisilla kiinnostuksen kohteilla tarkoitetaan tässä tutkimuksen tarkoituksena tai tavoitteena mainittuja asioita. Useissa tutkimuksissa tuotettiin lisäksi esiin tuotua kiinnostuksen kohdetta sivuavaa tietoa mittareissa olevien muuttujien tai muiden taustamuuttujien avulla. Yläluokiksi muodostuivat hyvinvointi, nuoren ympäristöt, sukupuoli ja ikä sekä koherenssin tunteen pysyvyys. Alaluokat ja niihin liittyvät tutkimukset on esitetty tarkemmin taulukossa 3.

Taulukko 3. Nuorten koherenssin tunteen tutkimuksen näkökulmat.

Pääluokka	Alaluokka	Tutkimukset
HYVINVOINTI	Terveys	Nielsen & Hansson 2007, Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Priebe ym. 2010, Moksnes ym. 2011, Apers ym. 2012.
	Fyysinen kunto	Bronikowski & Bronikowska 2009, Kokkonen ym. 2009.
	Terveyskäyttäytyminen	Koushede & Holstein 2009, Mattila ym. 2011.
	Emotionaalisuus	Moksnes ym. 2012a.
	Elämänlaatu	Neuner ym. 2011, Luyckx ym. 2012.
	Elämän tyytyväisyys	Moksnes ym. 2012b.
	Hyvinvointia suojaavat tekijät	Evans ym. 2009, Sagy ym. 2009, Moksnes ym. 2011.
	Hyvinvointia uhkaavat tekijät	Priebe ym. 2010, Evans ym. 2009, Moksnes ym. 2011.
NUOREN YMPÄRISTÖT	Ekologinen ympäristö:	Evans ym. 2009
	etenkin perhe	Evans ym. 2009, Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012.
	ja sosiaaliset suhteet	Evans ym. 2009, Mattila ym. 2011.
SUKUPUOLI JA IKÄ	Sukupuoli ja ikä	Moksnes ym. 2012a.
KOHERENSSIN TUNTEEN PYSYVYYS	Koherenssin tunteen pysyvyys	Honkinen ym. 2008.

5.1.2 Menetelmälliset lähtökohdat

Kaikki tutkimukset olivat kvantitatiivisia. Koherenssin tunnetta oli mitattu valtaosassa tutkimuksia Antonovskyn (1987) kehittämällä Orientation to Life -mittarilla. Alkuperäistä 29-kohtaista mittaria, 7-portaisella Likert-asteikolla, oli käytetty vain kahdessa tutkimuksessa (Priebe ym. 2010, García-Moya ym. 2012). Suurimmassa osassa eli 14 tutkimuksessa käytettiin SOC-13 -mittaria (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Evans ym. 2009, Bronikowski & Bronikowska 2009, Kokkonen ym. 2009, Sagy ym. 2009, Mattila ym. 2011, Moksnes ym. 2011, Togari ym. 2011, Apers ym. 2012,

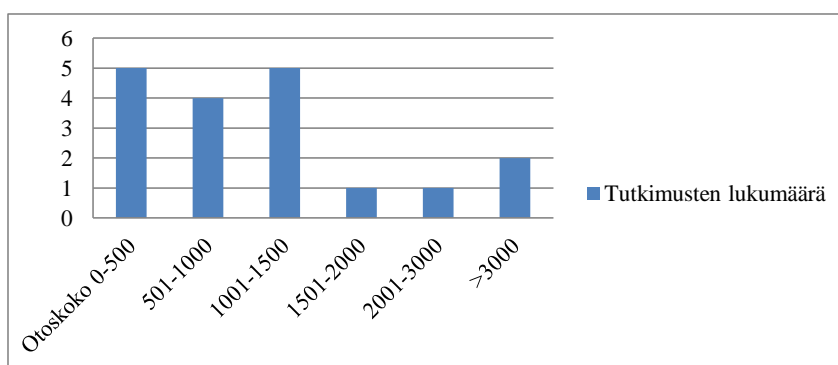
Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b). Näistä eroja löytyi lähinnä Likert-asteikosta, sillä alkuperäistä 7-asteikollista käytettiin kahdeksassa tutkimuksessa (Myrin & Lagerström 2008, Kokkonen ym. 2009, Sagy ym. 2009, Moksnes ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b). Neljässä tutkimuksessa ei raportoitu Likert-asteikkoa (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Mattila ym. 2011) ja yhdessä tutkimuksessa (Togari ym. 2011) käytettiin 5 portaista Likert-asteikkoa. Kolmessa tutkimuksessa käytettiin Antonovskyn Orientation to Life -mittarin muunnosta: SOC-L9 (Neuner 2011), Wold & Torsheimin versiota SOC-13 -mittarista (Koushede & Holstein 2009) ja Margalit & Efratin (1996) kehittämää Children Sense of Coherence -mittaria (Evans ym. 2009).

Mittareiden Chronbachin alfat olivat aineistoissa hyviä, vaihteluvälinä 0,71 (Evans ym. 2009) - 0,87 (García-Moya ym. 2012). Huonoin arvo (0,71) oli mitattu Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Evans ym. 2009) Margalit & Efratin (1996) kehittämällä Children Sense of Coherence -mittarilla. Mittari oli tosin kehitetty alle kouluikäisille lapsille ja Evans ryhmineen (2009) tutki 8. ja 10. -luokkalaisia nuoria. Vahvin Chronbachin alfa oli espanjalaisessa tutkimuksessa alkuperäisellä SOC-29 -mittarilla (García-Moya ym. 2012). 10 tutkimuksessa Chronbachin alfa oli $>0,80$ (Nielsen & Hansson 2007, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Priebe ym. 2010, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b) kolmessa $<0,80$ (Evans ym. 2009, Sagy ym. 2009, Togari ym. 2011) ja muista alkuperäistutkimusten raporteista ei käynyt Chronbachin alfa ilmi (Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Mattila ym. 2011, Luyckx ym. 2012). Tutkimuskohtaiset tiedot löytyvät liitetaulukosta 1.

Aineistossa käytettiin myös muita tutkimusaiheeseen soveltuvia mittareita ja taustamuuttujia. Yleensä tutkimusartikkeleissa julkaistiin pelkästään esimerkit taustamuuttujista, joten niitä ei tähän tutkielmaan otettu aineistoksi, sillä kaikkia aineiston taustamuuttujia ei ollut käytettävissä analyysiin. Ainoastaan kahdessa tutkimuksessa oli käytetty samaa Parental Bonding Instrument -mittaria (Priebe ym. 2010, García-Moya ym. 2012). Kaikki muut mittarit, Orientation to Life -mittaria lukuun ottamatta, olivat jokaisessa tutkimuksessa erilaiset. Esimerkiksi kahdessa tutkimuksessa tutkittiin elämänlaatua (Neuner ym. 2011, Luyckx ym. 2012) ja kummassakin käytettiin eri mittaria. Aineistossa käytetyt mittarit on koottu liitetaulukoon 1.

Valtaosassa aineistoa koherenssin tunnetta oli käsitelty kokonaisuutena ($n=16$). Kuitenkin kahdessa tutkimuksessa (Bronikowski & Bronikowska 2009, Kokkonen ym. 2009) oli analysoitu erikseen koherenssin tunteen osa-alueet: hallittavuus, ymmärrettävyys ja mielekkyys. Etenkin Kokkonen ym. (2009) tutkimuksessa koherenssin tunteen osa-alueita oli käytetty aktiivisesti rakenneyhtälömallissa. Aineistosta poikittaistutkimuksia oli valtaosa ($n=11$) (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Evans ym. 2009, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Sagy ym. 2009, Priebe ym. 2010, Mattila ym. 2011, Moksnes ym. 2011, Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b) ja pitkäaikaistutkimuksia neljä (Honkinen ym. 2008, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012). Kaksi tutkimusta oli osa pitkäaikaistutkimusta (Honkinen ym. 2008, Mattila ym. 2011). Interventiotutkimuksia oli yksi (Bronikowski & Bronikowska 2009).

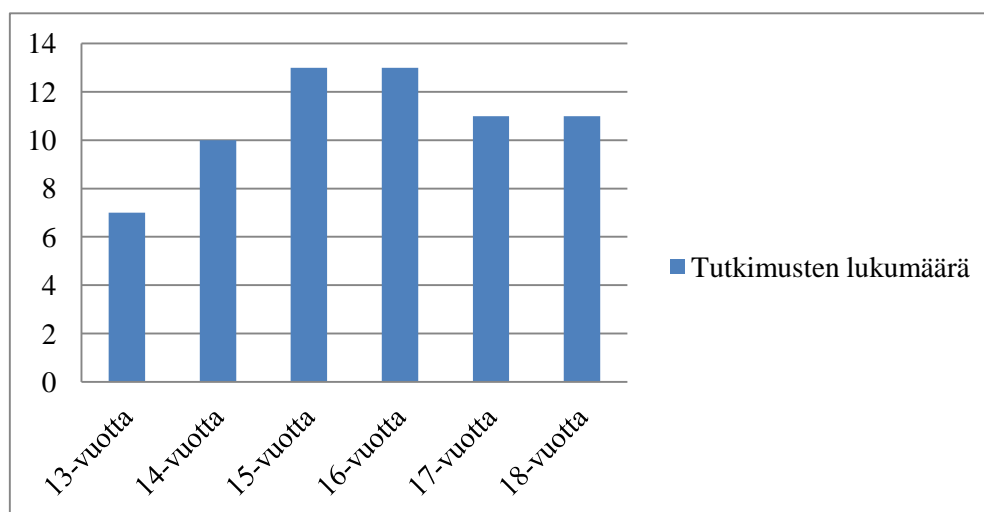
Tutkimusten otoskoot vaihtelivat 199 (Bronikowski & Bronikowska 2009) ja 7580 (García-Moya ym. 2012) välillä. Viisi tutkimuksesta oli alle 500 osallistujan tutkimuksia (Myrin & Lagerström 2008, Bronikowski & Bronikowska 2009, Sagy ym. 2009, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012). Neljän tutkimuksen otoskoko oli 501–1000 henkeä (Honkinen ym. 2008, Kokkonen ym. 2009, Mattila ym. 2011, Neuner ym. 2011). Yli tuhannen osallistujan tutkimuksia oli 9 (Nielsen & Hansson 2007, Evans ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Priebe ym. 2010, Moksnes ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b, Togari ym. 2011). Aineistojen koot on esitetty myös kuviossa 3.



Kuvio 3. Alkuperäistutkimusten aineistojen koko.

Aineistossa ei pääsääntöisesti tuotu esille aineistonkeruun ajankohtaa, joten tässä katsauksessa ryhmiteltiin julkaisut julkaisuajankohdan perusteella. Eniten julkaisuja ($n=5$) oli vuosilta 2009 ja 2012. Vuonna 2011 julkaistiin neljä tutkimusta, vuonna 2008 kaksi ja vuonna 2007 yksi. Tarkemmat julkaisuajankohdat esitellään liitteessä 1. Katsaukseen valikoituneet nuorten koherenssin tutkimukset oli tehty pääasiassa Euroopassa ($n=15$). Tutkimuksista vain kolme oli muualta: Yhdysvalloista (Evans ym. 2009), Israelista (Sagy ym. 2009) ja Japanista (Togari ym. 2011). Euroopassa tehdyistä tutkimuksista valtaosa oli tehty Pohjoismaissa ($n=10$). Tarkemmat tiedot maista löytyvät liitetaulukosta 1. Yhtä julkaisua lukuun ottamatta (Kokkonen ym. 2009), kaikki artikkelit oli julkaistu englanninkielisissä kansainvälisissä julkaisuissa.

Lähes kaikissa tutkimuksissa oli tutkittu sekä tyttöjä että poikia ($n=17$). Vain yksi tutkimus oli kohdistunut pelkästään poikiin (Bronikowski & Bronikowska 2009). Valtaosassa aineistoa ($n=14$) kohderyhmänä olivat tietyn ikäiset nuoret. Tutkimuksista valtaosassa oli mukana 15–16-vuotiaita ($n=13$). Vähiten oli tutkittu 13-vuotiaita, joita oli mukana seitsemässä tutkimuksessa. Ikäjakauma on esitetty kuviossa 4. Tarkemmat tiedot tutkittavien ikäryhmistä löytyvät liitetaulukosta 1. Kolmessa ($n=3$) tutkimuksessa keskityttiin synnynnäistä sydänsairautta sairastaviin nuoriin (Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012) ja yhdessä alkuperäistutkimuksessa oli kohderyhmänä maahanmuuttajanuoret (Sagy ym. 2009).



Kuvio 4. Alkuperäistutkimuksiin osallistuneiden nuorten ikäjakauma.

5.2 Nuorten koherenssin tunne ja terveys

Nuorten koherenssin tunne oli yhteydessä nuorten terveyteen (Nielsen & Hansson 2007, Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b). Sisällönanalyysi nuorten koherenssin tunteen ja terveyden yhteydestä toi esille yläluokat terveyskäyttäytyminen, fyysinen terveys ja hyvinvointi sekä mielenterveys. Taulukossa 4 esitellään tarkemmin ylä- ja alaluokat.

Taulukko 4. Nuorten koherenssin tunne ja terveys.

Yläluokka	Alaluokka
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	Itsehoito
	Terveyden edistäminen fyysisellä aktiivisuudella
	Terveysriskien välttäminen
	Nuoren ympäristöt
FYYSINEN TERVEYS JA HYVINVOINTI	Yleinen fyysinen terveys ja hyvinvointi
	Krooniset sairaudet
	Tuoreet oireet ja taudit
	Koherenssin tunteen lievennysvaikutus stressin ja oireiden yhteyteen
MIELENTERVEYS	Psyykkinen hyvinvointi
	Masennus
	Ahdistus

5.2.1 Nuorten terveyskäyttäytyminen

Yläluokka ”terveyskäyttäytyminen” muodostui alaluokista itsehoito, terveyden edistäminen, terveysriskien välttäminen ja nuoren ympäristöt. Taulukossa 5 esitellään tarkemmin edellä mainittujen alaluokkien perusteet.

Taulukko 5. Nuorten koherenssin tunne ja terveyskäyttäytyminen.

Alaluokka	Sisältö	Tutkimukset
ITSEHOITO	Nuorten koherenssin tunteella ja päänsäryn toistumistiheydellä ei ollut yhteyttä harvoin päätä särkevillä, mutta oli yhteys kuukausittain tai viikoittain särkevillä. Tällöin ne, joilla oli heikko koherenssin tunne, käyttivät enemmän lääkettä kuin ne, joilla oli vahva koherenssin tunne.	Koushede & Holstein 2009.
TERVEYDEN EDISTÄMINEN	Koherenssin tunne oli yhteydessä fyysiseen aktiivisuuteen ja hyväksi koettuun fyysiseen pätevyyteen.	Kokkonen ym. 2009, Neuner ym. 2011, Moksnes ym. 2012b.
	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä hyvään suunterveydenhuoltoon ja hyviin kokemuksiin suunterveydenhuollosta erityisesti tytöillä.	Mattila ym. 2011.
	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä vähäisempään ylipainoon.	Mattila ym. 2011.
TERVEYSRISKIEN VÄLTÄMINEN	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä vähempiin tapaturmiin humalassa.	Mattila ym. 2011.
	Vahva koherenssin tunne oli tytöillä yhteydessä vähäisempään alkoholin käyttöön. Heikko koherenssin tunne oli pojilla yhteydessä siihen, ettei ollut koskaan kokeillut alkoholia.	Mattila ym. 2011 vrt. Neuner ym. 2011.
	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä siihen, että nuori ei tupakoi.	Neuner ym. 2011.
	Vahvalla koherenssin tunteella oli yhteys epäsuotuisaan asenteeseen huumeita kohtaan.	Sagy ym. 2009.
NUOREN YMPÄRISTÖT	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä nuoren ympäristöjen savuttomuuteen.	Neuner ym. 2011.
	Koherenssin tunteella oli yhteys perheeseen, ystäviin ja kouluun liittyvään hyvinvointiin.	Neuner ym. 2011.

Nuorten koherenssin tunne ja itsehoito näyttäytyi Kousheden & Holstein (2009) tutkimuksessa päänsäryn lääkehoidosta. Mielenkiintoisesti nuorten koherenssin tunteen ja päänsäryn toistumistiheydellä ei ollut yhteyttä harvoin päätä särkevillä, mutta yhteys löytyi nuorilla, joiden päätä särki kuukausittain tai viikoittain. Tällöin koherenssin tunteen yhteys näyttäytyi lääkehoidossa, jolloin lääkettä käyttivät enemmän nuoret, joilla oli heikko koherenssin tunne.

Terveiden edistäminen -alaluokka muodostui koherenssin tunteen positiivisesta yhteydestä fyysiseen aktiivisuuteen (Neuner ym. 2011, Moksnes ym. 2012b) ja hyväksi koettuun fyysisen pätevyyteen (Kokkonen ym. 2009). Terveiden edistäminen näyttäytyi myös hyvän suunterveydenhuollon yhteydestä vahvaan koherenssin tunteeseen ja hyviin kokemuksiin suunterveydenhuollosta etenkin tytöillä. Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä vähäisempään ylipainoon. (Mattila ym. 2011.) Alaluokka terveysriskien välttäminen muodostui Suomessa alaikäisille kielletyistä aineista: alkoholista, tupakasta ja huumeista. Alkoholin käytöstä oli ristiriitaisia tuloksia. Mattilan ym. (2011) tutkimuksessa tyttöjen vahva koherenssin tunne oli yhteydessä vähäisempään alkoholin käyttöön, mutta pojilla heikko koherenssin tunne oli yhteydessä siihen, ettei poika ollut koskaan kokeillut alkoholia. Neunerin ym. (2011) tutkimuksessa puolestaan koherenssin tunteen ja alkoholin käytön välillä ei ollut yhteyttä. Vahva koherenssin tunne oli kuitenkin yhteydessä siihen, että nuorilla oli vähemmän tapaturmia humalassa (Mattila ym. 2011). Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä myös tupakoimattomuuteen (Neuner ym. 2011) ja negatiiviseen asenteeseen huumeita kohtaan (Sagy ym. 2009).

Nuoren ympäristöt -alaluokassa korostui koherenssin tunteen yhteys tupakansavulle altistumisessa. Nuorten heikko koherenssin tunne oli yhteydessä ympäristön tupakansavuun ja toisaalta vahva koherenssin tunne siihen, että nuorilla oli tupakoimattomia ystäviä. Nuoren ympäristöissä näyttäytyi myös nuoren koherenssin tunteen yhteys perheeseen, ystäviin ja kouluun liittyvään hyvinvointiin. (Neuner ym. 2011.)

5.2.2 Nuorten fyysinen terveys ja hyvinvointi

Nuorten fyysinen terveys ja hyvinvointi -yläluokka muodostui alaluokista yleinen terveys ja hyvinvointi, krooninen sairaus, lyhytaikainen sairastaminen, oireet ja koherenssin tunteen suojaava vaikutus. Taulukossa 6 esitellään fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien alaluokkien tulokset.

Taulukko 6. Nuorten fyysinen terveys ja hyvinvointi.

Alaluokka	Sisältö	Tutkimukset
YLEINEN FYYSINEN TERVEYS JA HYVINVOINTI	Subjektiivinen terveys oli positiivisesti yhteydessä koherenssin tunteeseen.	Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012b.
	Nuorten vahva koherenssin tunne ja hyvä terveys olivat yhteydessä ikätovereiden tuen nousuun ajan kuluessa.	Luyckx ym. 2012.
KROONINEN SAIRAUUS	Sydänsairauden vaikeusasteella ei ollut yhteyttä koherenssin tunteeseen.	Luyckx ym. 2012.
	Koherenssin tunne oli yhteydessä sairauteen liittyvään terveyteen: oireet, fyysinen ulkomuoto ja kognitiiviset ongelmat.	Apers ym. 2012.
LYHYTAIKAINEN SAIRASTAMINEN	Koherenssin tunteella ei ollut yhteyttä lyhytaikaiseen sairastavuuteen.	Nielsen & Hansson 2007.
OIREET MM. PÄÄNSÄRKY JA VATSAKIPU	Koherenssin tunteella oli vahva yhteys oireisiin kummallakin sukupuolella.	Nielsen & Hansson 2007.
	Koherenssin tunteella ja päänsäryn toistumistiheydellä ei ollut yhteyttä.	Koushede & Holstein 2009.
	Päänsäryn toistumistiheydessä ja koherenssin tunteen määrässä oli tilastollinen ero tytöillä ja pojilla.	Koushede & Holstein 2009.
	Koherenssin tunne oli negatiivisesti yhteydessä subjektiivisiin terveysvalituksiin.	Nielsen & Hansson 2007, Myrin & Lagerström 2008, Moksnes ym. 2011.
	Ikä ja stressi yhdessä heikon koherenssin tunteen kanssa olivat negatiivisesti yhteydessä terveysvalituksiin.	Nielsen & Hansson 2007, Moksnes ym. 2011.
KOHERENSSIN TUNTEEN SUOJAAVA VAIKUTUS	Koherenssin tunne ei lieventänyt stressin yhteyttä terveysvalituksiin.	Nielsen & Hansson 2007, Moksnes ym. 2011.
	Vain tytöillä koherenssin tunne laimensi korkean stressin yhteyttä sairastavuuteen.	Nielsen & Hansson 2007.

Nuorten yleisessä fyysisessä terveydessä ja hyvinvoinnissa näkyi subjektiivisesti ja objektiivisesti arvioitun terveyden ero. Nuorten subjektiivinen terveys oli positiivisesti yhteydessä koherenssin tunteeseen (Neuner ym. 2011, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012b) myös kroonisesti sairailta nuorilla (Apers ym. 2012). Kroonisesti sydänsairaiden nuorten sairauden vaikeusasteella ei puolestaan ollut yhteyttä koherenssin tunteeseen. Vahva koherenssin tunne ja hyvä terveys olivat yhteydessä ikätovereiden tuen nousuun seurannassa. (Luyckx ym. 2012.)

Lyhytaikainen sairastavuus (flunssa, vatsatauti) ei ollut yhteyttä koherenssin tunteeseen (Nielsen & Hansson 2007), mutta aineistosta tuli esille koherenssin tunteen negatiivinen yhteys erinäisiin oireisiin (Nielsen & Hansson 2007, Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Moksnes ym. 2011). Sukupuolittain näyttäytyi ero päänsäryn toistumistiheyden yhteydessä koherenssin tunteeseen, tytöillä yhteys oli vahvempi (Koushede & Holstein 2009). Lisäksi ikä ja stressi olivat yhteydessä heikon koherenssin tunteen kanssa oireisiin (Nielsen & Hansson 2007, Moksnes ym. 2011). Koherenssin tunteen suojaavasta vaikutuksesta oli ristiriitaisia tuloksia. Koherenssin tunne ei lieventänyt stressin yhteyttä nuoren oireisiin (Nielsen & Hansson 2007, Moksnes ym. 2011), mutta vahva koherenssin tunne lievensi voimakkaan stressin yhteyttä sairastavuuteen (Nielsen & Hansson 2007).

5.2.3 Nuorten mielenterveys

Mielenterveys-yläluokan alaluokat muodostuivat yleisestä psyykkisestä hyvinvoinnista, masennuksesta ja ahdistuksesta. Taulukossa 7 esitellään tarkemmin nuorten mielenterveyteen ja koherenssin tunteeseen liittyvät alaluokat.

Taulukko 7. Nuorten mielenterveys.

Alaluokka	Sisältö	Tutkimukset
YLEINEN PSYKKINEN HYVINVOINTI	Koherenssin tunteella on yhteys psyykkiseen hyvinvointiin	Myrin & Lagerström 2008, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012.
	Koherenssin tunteella on yhteys itsetuntoon	Neuner ym. 2011.
MASENNUS	Koherenssin tunne oli negatiivisesti yhteydessä masennukseen	Myrin & Lagerström 2008, Moksnes ym. 2012a.
	Tyttöjen masennus oli vahvemmin yhteydessä heikkoon koherenssin tunteeseen kuin poikien koherenssin tunne	Moksnes ym. 2012a.
AHDISTUS	Koherenssin tunne oli negatiivisesti yhteydessä ahdistukseen	Moksnes ym. 2012a.
	Tyttöjen ahdistus oli vahvemmin yhteydessä heikkoon koherenssin tunteeseen kuin poikien koherenssin tunne	Moksnes ym. 2012a.

Nuorten yleinen psyykkinen hyvinvointi -alaluokassa näyttäytyi koherenssin tunteen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin (Myrin & Lagerström 2008, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012) ja itsetuntoon (Neuner ym. 2011). Nuorten koherenssin tunne oli negatiivisesti yhteydessä masennukseen (Myrin & Lagerström 2008) etenkin tytöillä (Moksnes ym. 2012a). Nuorten koherenssin tunne oli negatiivisesti yhteydessä myös ahdistukseen etenkin tytöillä (Moksnes ym. 2012a).

5.3 Nuorten koherenssin tunteen kehittyminen

Nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen liittyvä aineisto jakautui nuoreen itseensä liittyviin asioihin kuten sukupuoleen ja ikään, nuoren sosiaalisiin ympäristöihin ja muihin nuoren koherenssin tunteeseen yhteydessä oleviin asioihin (ks. taulukko 8.).

Taulukko 8. Nuorten koherenssin tunteen kehittyminen.

Yläluokka	Alaluokka
Nuoreen liittyvät asiat	Sukupuoli
	Ikä
Nuoren sosiaaliset ympäristöt	Perhe
	Sosiaalisuus
Muut nuoren koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevat asiat	Toimintakyky
	Fyysinen aktiivisuus
	Koulutustaso
	Osaaminen
	Suojaavat tekijät
	Riskit
	Elämänlaatu
	Elämäntyytyväisyys

Nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevan aineiston ryhmittely oli haastavaa sen hajanaisuuden vuoksi. Tämä osoittaa kuitenkin sen, että nuorten koherenssin tunteeseen ja sen kehittymiseen oli yhteydessä hyvin moninaisia asioita. Taulukossa 9 esitel-

lään tarkemmin nuoren koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevat, nuoreen itseensä liittyvät tekijät.

Taulukko 9. Nuorten koherenssin tunteen kehittyminen ja nuori itse.

Alaluokka	Sisältö	Tutkimukset
SUKUPUOLIEROT	Poikien koherenssin tunne oli tyttöjä vahvempi.	Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Apers ym. 2012, Moksnes ym. 2011, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a.
	Ei ollut eroa tyttöjen ja poikien välillä.	García-Moya ym. 2012.
	Tyttöjen koherenssin tunne oli vahvempi.	Neuner ym. 2011.
IKÄ	13–14 -vuotiailla oli vahvempi koherenssin tunne kuin 15–18-vuotiailla nuorilla.	Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a.
	Etenkin nuorten tyttöjen koherenssin tunne vahvistui iän karttuessa.	Evans ym. 2009.
	Ikä ei vaikuttanut nuoren koherenssin tunteeseen etenkin yksilötasolla.	Honkinen ym. 2008, Neuner ym. 2011.
	Yksilötasolla niillä, joilla oli vahva koherenssin tunne 15-vuotiaana, oli matalampi koherenssin tunne 18-vuotiaana ja päinvastoin.	Honkinen ym. 2008.

Aineistosta tuli vahvasti esille se, että poikien koherenssin tunne oli lähes pääsääntöisesti tyttöjä vahvempi (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Moksnes ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a). Kuitenkin oli näyttöä myös siitä, ettei sukupuolten välillä olisi eroa koherenssin tunteen vahvuudessa (García-Moya ym. 2012) tai että tyttöjen koherenssin tunne olisi poikia vahvempi (Neuner ym. 2011). Esille tuli myös se, että 13–14-vuotiailla oli vahvempi koherenssin tunne kuin 15–18-vuotiailla (Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a), mutta toisaalta Honkinen ym. (2008) ja Neuner ym. (2011) mukaan ikä ei vaikuttanut nuoren koherenssin tunteeseen ja Evans ym. (2009) mukaan tyttöjen koherenssin tunne vahvistui iän karttuessa. Toisaalta Honkinen ym. (2008) toivat

esille sen, että yksilötasolla tarkasteltuna niillä, joilla oli vahva koherenssin tunne 15-vuotiaana, oli matalampi koherenssin tunne 18-vuotiaana ja päinvastoin.

Aineistosta nousi esille nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevia sosiaalisuuteen ja sosiaalisiin ympäristöihin liittyviä asioita. Nuorten sosiaalisten ympäristöiden yhteys koherenssin tunteeseen on esitelty taulukossa 10.

Taulukko 10. Nuorten koherenssin tunteen kehittyminen sosiaalisissa ympäristöissä.

Alaluokka	Sisältö	Tutkimukset
PERHE	Perhe selittää noin viidenneksen nuoren koherenssin tunteen vaihtelusta.	García-Moya ym. 2012.
	Perheen rakenne: Kummankin vanhemman kanssa asumisella voi olla yhteydessä nuoren koherenssin tunteeseen.	Honkinen ym. 2008, Luyckx ym. 2012 vrt. Myrin & Lagerström 2008, Neuner ym. 2011.
	Maahanmuutto voi vaikuttaa negatiivisesti nuoren koherenssin tunteeseen.	Neuner ym. 2011 vrt. Myrin & Lagerström 2008, Sagy ym. 2009.
	Sosioekonomia voi olla yhteydessä etenkin tyttöjen koherenssin tunteeseen.	Honkinen ym. 2008, Togari ym. 2011 vrt. Myrin & Lagerström 2008.
	Vanhempien tuki oli yhteydessä nuorten koherenssin tunteen vahvistumiseen.	Mattila ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Luyckx ym. 2012.
	Äidin iällä oli negatiivinen yhteys nuoren koherenssin tunteeseen.	Togari ym. 2011.
	Äidin koherenssin tunne oli suoraan yhteydessä poikien koherenssin tunteeseen.	Togari ym. 2011.
	Äidin koherenssin tunne vaikutti epäsuorasti, perheen vuorovaikutuksen kautta, tyttöjen koherenssin tunteeseen.	Togari ym. 2011..
	Nuorten koherenssin tunnetta vahvisti osallistuminen kotona päätöksentekoon.	Togari ym. 2011.
SOSIAALISUUS	Tyttöjen koherenssin tunnetta vahvistivat perheen hyvät vuorovaikutussuhteet.	Togari ym. 2011.
	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä hyvään sosiaaliseen pätevyyteen.	Mattila ym. 2011.
	Matala koherenssin tunne oli yhteydessä vähäiseen sosiaaliseen tukeen.	Myrin & Lagerström 2008.

Perheen vaikutus tuli aineistosta vahvasti esille. García-Moya ym. (2012) toivat esille sen, että perhe selittää 18 % nuoren koherenssin tunteen vaihtelusta. Vanhempien tuen ja nuorten koherenssin tunteen yhteys tuotiin esille kolmessa tutkimuksessa (Mattila ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Luyckx ym. 2012). Sukupuolten välillä näyttäytyi äidin koherenssin tunteen yhteys poikien koherenssin tunteeseen suoraan, kun tyttöjen koherenssin tunteeseen vaikutti äidin koherenssin tunne epäsuorasti perheen vuorovaikutuksen kautta. Äidin iällä oli negatiivinen yhteys nuoren koherenssin tunteeseen tarkoittaen sitä, että äidin iän ollessa suurempi oli nuoren koherenssin tunne heikompi. Nuorten koherenssin tunnetta vahvasti osallistuminen kotona päätöksentekoon. Tyttöjen koherenssin tunnetta vahvasti perheen hyvät vuorovaikutussuhteet. (Togari ym. 2011.) Perheen vaikutuksista nuorten koherenssin tunteeseen oli myös eriäviä tuloksia perheen rakenteen (Honkinen ym. 2008, Luyckx ym. 2012 vrt. Myrin & Lagerström 2008, Neuner ym. 2011) ja maahanmuuttotaustan (Neuner ym. 2011 vrt. Myrin & Lagerström 2008, Sagy ym. 2009) suhteen. Lisäksi perheen sosioekonomisella taustalla voi olla negatiivinen yhteys etenkin tyttöjen koherenssin tunteeseen. Tosin tästäkin oli eriäviä tuloksia kun Myrinin & Lagerströmin (2008) mukaan perheen sosioekonomisella taustalla ei ollut yhteyttä nuorten koherenssin tunteeseen, mutta tyttöjen heikkoon koherenssin tunteeseen oli kuitenkin Honkisen ym. (2008) ja Togari ym. (2011) mukaan yhteydessä matalampi sosioekonominen tausta.

Sosiaalinen pätevyys oli yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen (Mattila ym. 2011) ja toisaalta matalaan koherenssin tunteeseen oli yhteydessä heikko sosiaalinen tuki (Myrin & Lagerström 2008). Taulukossa 11 esitellään muut nuorten koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat tekijät ja asiat.

Taulukko 11. Nuorten koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat muut tekijät

Alaluokka	Sisältö	Tutkimukset
TOIMINTAKYKY	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä hyvään toimintakykyyn.	Mattila ym. 2011, Apers ym. 2012.
	Vahva kouluun liittyvä toimintakyky ja kognitiiviset taidot ennustivat positiivisesti koherenssin tunnetta seurannassa.	
FYYSINEN AKTIIVISUUS	Koherenssin tunne ja liikuntatuntien tehtäväsuuntautunut motivaatioilmasto selittivät 15 % koetusta fyysisestä pätevyydestä.	Kokkonen ym. 2009.
	Tehtäväsuuntautunut liikuntatuntien motivaatioilmasto oli vastavuoroisessa yhteydessä koherenssin tunteen kanssa.	Kokkonen ym. 2009.
	Vastuullisuuden opettaminen fyysisen aktiivisuuden kautta -interventio vahvisti nuorten koherenssin tunnetta.	Bronikowski & Bronikowska 2009.
KOULUTUSTASO	Akateemisimmissä oppilaitoksissa (lukio, yliopisto) opiskelevilla oli vahvempi koherenssin tunne kuin ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla.	Apers ym. 2012.
OSAAMINEN	Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä matemaattiseen osaamiseen.	Mattila ym. 2011.
SUOJAAVAT TEKIJÄT	Compensatory-malli selitti nuorten koherenssin tunnetta. Useampi suojaava tekijä oli yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen.	Evans ym. 2009.
	Pieni riski oli positiivisesti yhteydessä tyttöjen vahvaan koherenssin tunteeseen.	Evans ym. 2009.
RISKIT	Riskit heikensivät nuorten koherenssin tunnetta.	Evans ym. 2009.
	Seksuaalinen hyväksikäyttö oli yhteydessä nuorten heikkoon koherenssin tunteeseen.	Priebe ym. 2010.
	Stressi oli yhteydessä nuorten heikkoon koherenssin tunteeseen.	Nielsen & Hansson 2007, Moksnes ym. 2011.
ELÄMÄNLAATU	Vahva terveys, vanhempien tuki ja koherenssin tunne ennustivat nuorten elämänlaadun kohoamista.	Luyckx ym. 2012.
ELÄMÄNTYYTYVÄISYYS	Nuorten koherenssin tunne ja elämäntyytyväisyys olivat positiivisesti yhteydessä toisiinsa eikä siihen vaikuttanut sukupuoli tai ikä.	Myrin & Lagerström 2008, Moksnes ym. 2012b.

Vahva toimintakyky oli yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen (Mattila ym. 2011, Apers ym. 2012) ja fyysisen aktiivisuuden alaryhminä olevat liikuntatuntien tehtäväsuuntautunut motivaatioilmasto (Kokkonen ym. 2009) ja vastuullisuuden opettaminen fyysisen aktiivisuuden kautta (Bronikowski & Bronikowska 2009) olivat yhteydessä koherenssin tunteeseen. Myös koulutustasolla (Apers ym. 2012) ja matemaattisella osaamisella (Mattila ym. 2011) oli yhteys vahvaan koherenssin tunteeseen. Nuorten koherenssin tunteen yhteys elämänlaatuun näyttäytyi siten, että vahva terveys, vanhempien tuki ja koherenssin tunne ennustivat nuorten elämänlaadun kohoamista (Luyckx ym. 2012). Elämäntyytyväisyys oli yhteydessä nuorten koherenssin tunteeseen (Myrin & Lagerström 2008, Moksnes ym. 2012b) sukupuolesta ja iästä riippumatta (Myrin & Lagerström 2008).

Evans ym. (2009) toivat esille Compensatory-mallin selittävän nuorten koherenssin tunnetta. Nuorella, jolla oli paljon suojaavia tekijöitä, oli vahvempi koherenssin tunne. Suojaavista tekijöistä ja riskitekijöistä tutkittiin yksilötason lisäksi kotiin, kouluun, ikätovereihin ja yhteisöön liittyvät tekijät. Tyttöjen koherenssin tunnetta selitti myös Challenge-malli, jossa koherenssin tunteen kehittymiseen vaikutti positiivisesti pieni määrä (0-8) riskitekijöitä. Toisaalta Evans ym (2009) toivat esille, että riskit heikentävät nuorten koherenssin tunnetta. Nuorten koherenssin tunteeseen negatiivisesti yhteydessä olevina riskeinä näyttäytyi myös seksuaalinen hyväksikäyttö (Priebe ym. 2010) ja stressi (Moksnes ym. 2011). Taulukkoon 12 on koottu nuorten vahvaan koherenssin tunteeseen yhteydessä olevia asioita.

Taulukko 12. Nuorten vahva koherenssin tunne.

Vahvaan koherenssin tunteeseen oleva yhteys	Tutkimukset
Poika-sukupuoli	Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Moksnes ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a vrt. Neuner ym. 2011, García-Moya ym. 2012.
Ikä: 13–14 -vuotiailla oli vahva koherenssin tunne vanhempiin verrattuna	Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a vrt. Honkinen ym. 2008, Evans ym. 2009, Neuner ym. 2011.
Vastuullisuuden opettaminen fyysisen aktiivisuuden kautta -interventio	Bronikowski & Bronikowska 2009.
Liikuntatuntien tehtäväsuuntautunut motivaatioilmasto	Kokkonen ym. 2009.
Nuori asuu kummankin biologisen vanhempansa kanssa	Honkinen ym. 2008, Luyckx ym. 2012 vrt. Myrin & Lagerström 2008, Neuner ym. 2011.
Nuori kokee vanhempien tukea	Mattila ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Luyckx ym. 2012.
Äidin koherenssin tunne	Togari ym. 2011.
Koherenssin tunne oli yhteydessä päätöksentekoon osallistuminen kotona	Togari ym. 2011.
Tyttöjen koherenssin tunteeseen oli yhteydessä perheen suhteisiin liittyvät seikat	Togari ym. 2011.
Vahva toimintakyky	
- Päivittäisten asioiden itsenäinen hoitaminen	Mattila ym. 2011.
- Vahva koherenssin tunne ennusti fyysistä, emotionaalista, sosiaalista ja kouluun liittyvää toimintakykyä	Apers ym. 2012.
- Vahvat kognitiiviset taidot ja kouluun liittyvä toimintakyky ennusti koherenssin tunteen kehittymistä	Apers ym. 2012.
Akateeminen koulutuslinja	Apers ym. 2012.
Matemaattinen osaaminen	Mattila ym. 2011.
Sosiaalinen pätevyys	Mattila ym. 2011.
Paljon suojaavia tekijöitä	Evans ym. 2009.
Tytöillä myös pieni määrä riskitekijöitä	Evans ym. 2009.
Elämäntyytyväisyys	Moksnes ym. 2012b.
Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä elämänlaadun kohoamiseen	Luyckx ym. 2012.

Useimmissa tutkimuksissa keskityttiin vahvaan koherenssin tunteeseen tai sen vahvistamiseen. Taulukkoon 13 on koottu tulokset, jotka olivat yhteydessä nuorten heikkoon koherenssin tunteeseen.

Taulukko 13. Nuorten heikkoon koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat tekijät.

Heikkoon koherenssin tunteeseen oleva yhteys	Tutkimukset
Tyttö-sukupuoli	Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Apers ym. 2012, Myrin & Lagerström 2008, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b vrt. Neuner ym. 2011, García-Moya ym. 2012.
Ikä: 15–18 -vuotiailla oli heikompi koherenssin tunne kuin 13–14 -vuotiailla	Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a vrt. Honkinen ym. 2008, Evans ym. 2009, Neuner ym. 2011.
Useampia riskejä sisältävä elämän osa-alue	Evans ym. 2009.
Vähäinen sosiaalinen tuki	Mattila ym. 2011.
Stressi	Nielsen & Hansson 2007, Moksnes ym. 2011.
Seksuaalinen hyväksikäyttö	Priebe ym. 2010.
Äidin korkea ikä	Togari ym. 2011.
Maahanmuuttotausta	Neuner ym. 2011, vrt. Myrin & Lagerström 2008, Sagy ym. 2009.
Perheen matala sosioekonominen tausta etenkin tytöillä	Honkinen ym. 2008, Togari ym. 2011 vrt. Myrin & Lagerström 2008.

5.4. Yhteenveto tutkielman tuloksista

Koherenssin tunne on Aaron Antonovskyn salutogeenisen teorian pääkäsite. Se on globaalisti tunnistettava ominaisuus. Se kuvastaa asennetta ja varmuutta siitä, että elämässä eteen tulevat haasteet ovat johdonmukaisia, ennakoitavia ja selitettävissä olevia. Käytettävissä olevia voimavaroja voidaan käyttää hyväksi ja haasteiden kohtaaminen on mielekästä. Koherenssin tunne muodostuu kolmesta elementistä: hallittavuus, ymmärrettävyys ja mielekkyys. Koherenssin tunteen tutkimusta ja soveltamista yksilö- ja yhteiskuntatasolla ovat Antonovskyn jälkeen kehittäneet erityisesti Monica Eriksson ja Bengt Lindström. Nuorten koherenssin tunteen tutkimus kohdistui hyvinvointiin, nuorten ympäristöihin, sukupuoleen, ikään ja koherenssin tunteen pysyvyyteen. Lisäksi aineistossa selvitettiin teoreettisesti ja tutkimuksellisesti epäselviä seikkoja, kuten sukupuolen ja iän yhteyttä koherenssin tunteeseen.

sekä koherenssin tunteen pysyvyyttä. Kaikki alkuperäistutkimukset olivat kvantitatiivisia, vaikka aineiston hakua ei rajattu metodologisesti. Valtaosassa aineistoa käytettiin koherenssin tunteen mittaamiseen Antonovskyn Orientation to Life -mittarin 13-kohtaista versiota, minkä luotettavuus oli riittävä. Tutkimusten otoskoot olivat aika hyviä, sillä yli 1000 osallistujan tutkimuksia oli puolet aineistosta. Valtaosa aineistoa koostui poikittaistutkimuksista. Aineisto painottui Eurooppaan ja siellä Pohjoismaihin.

Nuorten koherenssin tunne oli yhteydessä nuorten terveyskäyttäytymiseen, fyysiseen terveyteen ja mielenterveyteen. Nuorten terveyskäyttäytyminen muodostui päänsäryn itsehoidosta lääkkeillä, terveyden edistämisestä, terveysriskien välttämisestä ja nuoren ympäristöjen terveyskäyttäytymisestä. Pääsääntöisesti nuoret, joilla oli vahva koherenssin tunne, käyttivät vähemmän päänsärkylääkkeitä, toimivat terveyttä edistävästi ja välttivät terveysriskejä. Lisäksi nuorten vahva koherenssin tunne oli yhteydessä lähipiirin tupakoimattomuuteen. Nuorten fyysinen terveys ja hyvinvointi muodostuivat yleisestä terveydestä ja hyvinvoinnista, kroonisesta sairastamisesta sekä koherenssin tunteen suojaavasta vaikutuksesta. Nuorten hyväksi kokema terveys ja vähäiset oireet olivat yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen. Heikkoon koherenssin tunteeseen oli yhteydessä huonommaksi koettu terveys ja erinäisten oireiden kokeminen. Lyhytaikaisella sairastamisella ja koherenssin tunteella ei ollut yhteyttä. Vahva koherenssin tunne lievensi tytöillä korkean stressin yhteyttä sairastavuuteen, mutta muuta suojaavaa vaikutusta sillä ei ollut. Nuorten mielenterveys oli negatiivisesti yhteydessä koherenssin tunteeseen. Heikko koherenssin tunne oli yhteydessä masennukseen ja ahdistukseen. Tämä yhteys näyttäytyi vahvempana tytöillä.

Nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen oli yhteydessä nuoreen itseensä ja nuoren ympäristöön liittyvät asiat. Nuoren koherenssin tunteen kehittymiselle oli merkityksellistä nuoren perhe. Koherenssin tunnetta vahvisti äidin koherenssin tunne, osallistuminen kotona päätöksentekoon ja perheen hyvät vuorovaikutussuhteet. Sosiaalinen tuki oli tärkeää myös ikätovereiden ja opettajien taholta. Lisäksi vahvaan koherenssin tunteeseen oli yhteydessä hyvä toimintakyky, fyysisen pätevyyden kokemukset, koulutustaso ja matemaattinen osaaminen. Nuorten koherenssin tunteen yhteys elämänlaatuun näyttäytyi siten, että vahva terveys, vanhempien tuki ja koherenssin tunne ennustivat nuorten elämänlaadun kohoamista. Myös elämäntyytyväisyys oli yhteydessä nuorten koherenssin tunteeseen. Erilaisista sietokyvyn malleista Compensatory-malli selitti nuorten koherenssin tunnetta. Eli nuorella, jolla oli paljon suojaavia tekijöitä, oli vahvempi koherenssin tunne. Toisaalta tyttöjen vahvaan

koherenssin tunteeseen oli yhteydessä myös Challenge-malli. Siinä tyttöjen koherenssin tunteen kehittymiseen vaikutti positiivisesti 0-8 riskiä. Pääsääntöisesti riskit, kuten stressi ja seksuaalinen hyväksikäyttö, olivat kuitenkin yhteydessä heikkoon koherenssin tunteeseen. Nuorten sukupuolieroista oli ristiriitaista tietoa, mutta valtaosassa aineistoa poikien koherenssin tunne oli tyttöjä vahvempi. Lisäksi koherenssin tunteen stabiloitumisesta ja yhteydestä nuorten ikään oli ristiriitaista tietoa. Ristiriitaista tietoa oli myös maahanmuuton sekä perheen rakenteen ja sosioekonomisen taustan yhteydestä nuorten koherenssin tunteeseen.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Nuorten koherenssin tunteen ulottuvuudet

Koherenssin tunne on Aaron Antonovskyn salutogeneesin teorian pääkäsite. Aineistossa koherenssin tunne kuvattiin yleisimmin Antonovskya (1987) lainaten:

”A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (a) the stimuli deriving from one’s internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (b) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (c) these demands are challenges worthy of investment and engagement.”

Katsauksen perusteella koherenssin tunne näyttäytyi lisäksi yksilön ominaisuutena, elämän orientaationa ja optimismina. Sitä hyödynnetään kuormittavissa tilanteissa terveyttä edistävällä tavalla vastustusvoimavaroja hyödyntämällä. Se on siis yhteydessä terveyteen. Se muodostuu kolmesta elementistä: hallittavuus, ymmärrettävyys ja mielekkyys. Koherenssin tunteen tutkimusta ja hyödyntämistä yksilö- ja yhteiskuntatasolla ovat Antonovskyn jälkeen kehittäneet erityisesti Monica Eriksson ja Bengt Lindström. Lasten ja nuorten koherenssin tunteeseen liittyvä tutkimustieto on ilmeisesti ollut varsin tuoretta ja hajanaista. Tämä ilmeni siten, että nuorten koherenssin tunteen yhteys terveyteen ja sen kehittymiseen yhteydessä olevat tekijät kuvattiin aineistossa pääasiassa koherenssin tunteen teoriaan, aikuisiin kohdistuneisiin tutkimuksiin tai yksittäisiin nuoriin ja lapsiin kohdistuviin tutkimuksiin perustuen. Myös nuorten koherenssin tunteen stabiliteetti näyttäytyi ristiriitaisena.

Nuorten koherenssin tunteen tutkimus kohdistui hyvinvointiin, nuorten ympäristöihin, sukupuoleen, ikään ja koherenssin tunteen pysyvyyteen. Nuorten hyvinvointiin kohdistuva aineisto oli luonnollisesti merkittävässä osassa, sillä koherenssin tunteen yhteys terveyteen on todettu lukuisissa aiemmissa tutkimuksissa (Honkinen ym. 2005, Lindström & Eriksson 2006, Poppius 2007, Suominen & Lindström 2008, Kouvonen ym. 2010, Jellesma ym. 2011). Vaikka koherenssin tunteen ja mielenterveyden vahvaa yhteyttä on kritisoitu (Geyer 1997),

aineistossa oli yhdistetty koherenssin tunne nuoren hyvinvoinnin lisäksi nuoren ympäristöihin. Mielenterveys ei ollut keskeisessä roolissa aineistossa. Alkuperäistutkimusten tekijät olivat kokeneet perustelluksi tutkia nuorten koherenssin tunnetta muutenkin kuin mielenterveyden näkökulmasta. Lisäksi aineistossa selvitettiin teoreettisesti epäselviä seikkoja, kuten sukupuolen ja iän yhteyttä koherenssin tunteeseen sekä koherenssin tunteen pysyvyyttä (ks. Antonovsky 1980, Eriksson 2007, Honkinen 2009). Aineistossa oli niukasti tutkimuksia, jotka olisivat kohdistuneet nuoren kouluun, ikätoverisuhteisiin, naapurustoon tai harrastuksiin (ks. Rivera ym. 2012). Esimerkiksi harrastuksia ei käsitelty ollenkaan. Voisi kuvitella erilaisten itseilmaisun muotojen tukevan koherenssin tunnetta. Nuorelle merkittäviä harrastuksia voisivat olla musiikki, taide, tanssi, liikunta, kirjoittaminen, lukeminen, elokuvat, näytteleminen ja erilaiset pelit. Näissä harrastuspiireissä saattaisi olla nuorelle merkittäviä sosiaalisia suhteita. Niukaksi jäi myös syvällisempi tieto nuorten elintavoista. Esimerkiksi unella voisi olla yhteys nuoren koherenssin tunteen kokemukseen.

Kaikki alkuperäistutkimukset olivat kvantitatiivisia, vaikka aineiston hakua ei rajattu metodologisesti. Metodologisesti monipuoliset tutkimukset voisivat tuottaa monipuolisempaa tietoa nuorten koherenssin tunteesta. Tutkimusten otoskoot olivat aika hyviä, sillä yli 1000 osallistujan tutkimuksia oli puolet aineistosta. Aineiston painottuminen Eurooppaan ja Pohjoismaihin kertoo nuorten koherenssin tunteeseen kohdistuneesta mielenkiinnosta tällä alueella. Etenkin Euroopassa ja Pohjoismaissa on herätty nuorten terveyden merkittävyyteen kansantalouden ja hyvinvoinnin näkökulmasta (esim. OPM 2007, OECD 2010, WHO 2013b). Kuitenkaan nuorten terveys ei ole prioriteetti kaikkialla (Patton ym. 2012), mikä johtua myös taloudellisten resurssien puutteesta tai niiden epätasaisesta jakautumisesta. Aineistossa kroonisesti sairaita nuoria edusti kolme tutkimusta synnynnäistä sydänsairautta sairastavista nuorista. Yksi tutkimus oli kohdistunut maahanmuuttajanuoriin. Muuten aineisto koostui tiettyjen alueiden, tietyn ikäisistä nuorista. Sydänsairautta sairastavien nuorten koherenssin tunne voi näyttäytyä aineistossa merkitykselliseltä, koska aineisto oli muuten niin pieni. Valtaosassa aineistoa käytettiin koherenssin tunteen mittaamiseen Antonovskyn Orientation to Life -mittarin 13-kohtaista versiota. Mittareiden luotettavuus oli pääasiassa hyvä, mikä vastaa Erikssonin & Lindströmin (2005) tuloksia. Aineistossa ei ollut yhtenäisyyttä muissa käytetyissä mittareissa, mutta tutkimusten tarkoitukset poikkesivat jonkin verran. Nuorten koherenssin tunne kehittyy monipuolisesti nuoren elämään liittyvistä asioista, joiden merkitystä ja yhteyttä aineistossa tavoiteltiin pääsääntöisesti poikittaistutkimuksilla. Lisäksi

oli hyödynnetty pitkäaikaistutkimuksia, mutta interventiotutkimuksia oli vain yksi. Interventioiden avulla voisi yrittää vahvistaa nuorten koherenssin tunnetta.

6.1.2 Nuorten koherenssin tunne ja terveys

Nuorten koherenssin tunne oli yhteydessä nuorten terveyteen (Nielsen & Hansson 2007, Myrin & Lagerström 2008, Koushede & Holstein 2009, Moksnes ym. 2011, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a, Moksnes ym. 2012b), mikä on yhteneväinen aiempien tutkimusten tulosten kanssa (Honkinen ym. 2005, Lindström & Eriksson 2006, Poppius 2007, Suominen & Lindström 2008, Kouvonen ym. 2010, Jellesma ym. 2011). Nuorten terveyden ja koherenssin tunteen yhteys näyttäytyi etenkin terveyskäyttäytymisen, fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin sekä mielenterveyden näkökulmasta.

Aikuisväestön koherenssin tunteella ja terveyskäyttäytymisellä on todettu olevan yhteys (mm. Savolainen 2005, Eriksson 2007, Poppius 2007, Wainwright ym. 2007) ja katsauksen perusteella myös nuorten koherenssin tunne oli yhteydessä terveyskäyttäytymiseen (Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Sagy ym. 2009, Mattila ym. 2011, Neuner ym. 2011, Moksnes ym. 2012b). Nuorten terveyskäyttäytyminen muodostui päänsäryn itsehoidosta lääkkeillä, terveyden edistämisestä, terveysriskien välttämisestä ja nuoren ympäristöjen terveyskäyttäytymisestä. Nuorten koherenssin tunne ja itsehoito näyttäytyi Kousheden & Holstein (2009) tutkimuksessa päänsäryn lääkehoidosta. Mielenkiintoisesti nuorten koherenssin tunteen ja päänsäryn toistumistiheydellä ei ollut yhteyttä harvoin pääätä särkeillä, mutta yhteys löytyi nuorilla, joiden pääätä särki kuukausittain tai viikoittain. Tällöin koherenssin tunteen yhteys näyttäytyi lääkehoidossa, jolloin lääkettä käyttivät enemmän nuoret, joilla oli heikko koherenssin tunne. Tämä viittaa siihen, että heikon koherenssin tunteen omaavat nuoret käyttivät lääkehoitoa selvittääkseen päänsäryn tuomasta haasteesta. Mielenkiintoista olisi tietää mitä menetelmiä vahvan koherenssin tunteen omaavat nuoret käyttivät vai eikö heitä haitannut päänsärky samalla tavalla kuin nuoria, joilla oli heikko koherenssin tunne.

Nuorten terveyden edistäminen näyttäytyi siten, että vahvan koherenssin tunteen omaavat nuoret liikkuvat enemmän ja kokivat fyysisen päteveytensä paremmaksi (Bronikowski & Bronikowska 2009, Kokkonen ym. 2009, Neuner ym. 2011, Moksnes ym. 2012b), mikä on-

samansuuntainen aikuisväestöön kohdistuneen tutkimuksen kanssa. Wainwright ym. (2007) tutkimuksessa aikuisilla todettiin heikon koherenssin tunteen olevan yhteydessä vähempään aktiivisuuteen. Nuorten vahva koherenssin tunne oli myös yhteydessä vähempään ylipainoon (Mattila ym. 2011), mitä voi verrata Wainwrightin ym. (2007) tutkimuksessa siihen, että vahvan koherenssin tunteen omaavat aikuiset liikkuvat enemmän ja söivät terveellisemmin. Toisaalta Poppiuksen (2007) tutkimuksessa miesten BMI ei ollut yhteydessä koherenssin tunteeseen. Wainwrightin ym. (2007) tutkimuksessa sosiaalinen asema ja koulutustaso eivät olleet yhteydessä koherenssin tunteen ja terveyskäyttäytymisen yhteyteen (vrt. Poppius 2007). Kuitenkin esimerkiksi Suomessa koulutustaso näyttää ylipainoisuuden suhteen siten, että peruskoululaisista 16 %, ammatillisista opiskelijoista 21 % ja lukiolaisista 15 % raportoi ylipainoa (THL 2013).

Nuorten vahva koherenssin tunne oli yhteydessä hyvään suunterveydenhoitoon ja etenkin tytöillä hyviin kokemuksiin suunterveydenhuollosta (Mattila ym. 2011). Myös aikuisilla on todettu vahvan koherenssin tunteen olevan yhteydessä suunterveydenhuollon palveluiden käyttöön ja suun terveyttä edistävään käyttäytymiseen, etenkin naisilla. Aikuisilla yhteys näkyi erityisesti koulutustason suhteen. (Savolainen 2005.) Tämä herättää ajatuksen siitä, että ne joilla on vahva koherenssin tunne voivat suhtautuvat terveydenhuollon palveluihin voimavaroina. He osaavat hyödyntää saatavilla olevia palveluita terveytensä edistämiseksi, mikä viittaa Antonovskyn (1980) teoriaan koherenssin tunteen merkityksestä voimavarojen hyödyntämisessä.

Toisaalta nuorten koherenssin tunne oli yhteydessä myös terveysriskien välttämiseen sillä vahva koherenssin tunne oli yhteydessä epäsuotuisaan asenteeseen huumeita kohtaan (Sagy ym. 2009) ja tupakoimattomuuteen (Neuner ym. 2011). Suomessa alkoholi on nuorten yleisimmin käyttämä päihde (Samposalo 2013), ja sen käytöstä oli Aineistossa ristiriitaisia tuloksia. Neunerin ym. (2011) mukaan alkoholin käytöllä ja koherenssin tunteella ei ollut yhteyttä, mutta Mattilan ym. (2011) tutkimuksessa vahva koherenssin tunne oli tytöillä yhteydessä vähäisempään alkoholin käyttöön. Pojilla heikko koherenssin tunne oli yhteydessä siihen, ettei poika ollut koskaan kokeillut alkoholia. Tämä on mielenkiintoinen tulos, joka saattaa viitata poikien ystävyys-suhteisiin ja ikätoveriryhmään kuulumiseen. Lisäksi vahva koherenssin tunne oli yhteydessä vähempiin tapaturmiin humalassa (Mattila ym. 2011), mikä on merkittävää sillä haitallinen juominen merkittävä syy tapaturmille (Taylor 2008), ja humalajuominen on yhteydessä nuorten kokemuksiin alkoholihaittoihin (Samposalo 2013).

Toisaalta nuoren ympäristössä tapahtuva terveyskäyttäytyminen näkyi nuorten koherenssin tunteessa siten, että vahva koherenssin tunne oli yhteydessä siihen, ettei nuoren ympäristössä poltetu tupakkaa ja heikko koherenssin tunne siihen, että nuoren lähimmäiset tupakoivat (Neuner ym. 2011). Nuoren ympäristöissä näyttäytyi myös nuoren koherenssin tunteen yhteys perheeseen, ystäviin ja kouluun liittyvään hyvinvointiin (Neuner ym. 2011). Eli nuoren elämässä keskeisesti mukana olevat ympäristöt, niihin kuuluvine ihmisineen, olivat nuoren koherenssin tunteeseen yhteydessä.

Nuorten fyysinen terveys ja hyvinvointi muodostuivat yleisestä terveydestä ja hyvinvoinnista, kroonisesta sairastamisesta, lyhytaikaisesta sairastamisesta, oireista ja koherenssin tunteen suojaavasta vaikutuksesta. Nuorten kokema terveys oli siis positiivisesti yhteydessä koherenssin tunteeseen myös synnynnäisesti sydänsairailta nuorilla (Nielsen & Hansson 2007, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012b). Kuitenkin objektiivisesti arvioidulla sydänsairaiden nuorten sairauden vaikeusasteella ei ollut yhteyttä koherenssin tunteeseen (Luyckx ym. 2012). Antonovskyn (1980) terveyskäsitteen mukaan ihminen voikin sairaudestaan huolimatta kokea olonsa terveeksi ja elämänsä ymmärrettäväksi, hallittavaksi ja mielekkääksi.

Koherenssin tunne on yksilön sisäinen ominaisuus (Antonovsky 1980), mikä voi selittää sen, ettei infektioitauteihin sairastuminen ollut yhteydessä siihen (Nielsen & Hansson 2007). Toisaalta koherenssin tunteen merkitys lyhytaikaisissa infektiosairauksissa olisi saattanut näyttäytyä, jos olisi tutkittu nuoren suhtautumista tautiinsa. Heikko koherenssin tunne oli yhteydessä erilaisten, mahdollisesti psykosomaattisten, oireiden kasvuun (Nielsen & Hansson 2007, Myrin & Lagerström 2008, Moksnes ym. 2011) etenkin yhdistettynä stressiin ja ikään (Koushede & Holstein 2009). Antonovskyn (1988) mukaan vahvalla koherenssin tunteella voisi olla terveyttä suojaava vaikutus, mikä näyttäytyi aineistossa tytöillä vahvan koherenssin tunteen lieventävänä vaikutuksena stressin ja sairastuvuuden yhteydessä (Nielsen & Hansson 2007). Vahva koherenssin tunne voisi siis suojata stressin aiheuttamalta kuormitukselta, mikä osaltaan on yhteydessä nuoren kehon fyysiseen vastustuskykyyn. Koherenssin tunne ei kuitenkaan lieventänyt stressin yhteyttä nuoren oireisiin (Nielsen & Hansson 2007, Moksnes ym. 2011). Nuorten fyysisessä terveydessä näyttäytyi ero tyttöjen ja poikien välillä päänsäryn toistumistiheyden yhteydessä koherenssin tunteeseen. Tytöillä yhteys oli vahvempi (Koushede & Holstein 2009). Toisaalta vahva koherenssin tunne ja hyvä terveys olivat nuorilla yhteydessä ikätovereiden tuen nousuun seurannassa (Luyckx ym. 2012), mikä voi

viitata Antonovskyn (1988) ajatukseen siitä, että vahvasta koherenssin tunteesta voi tulla itsestään voimavara.

Aineistossa nuorten mielenterveys näyttäytyi yleisenä psyykkisenä hyvinvointina, masennuksena ja ahdistuksena. Koherenssin tunteella oli yhteys psyykkiseen hyvinvointiin (Myrin & Lagerström 2008, Neuner ym. 2011, Apers ym. 2012), mikä on yhteneväinen aikaisempien tutkimusten kanssa (Eriksson & Lindström 2006). Neuner ym. (2011) totesivat koherenssin tunteella olevan yhteyden nuoren itsetuntoon, mikä on luonnollista teorian (Antonovsky 1980) perusteella. Koherenssin tunne näyttäytyy itsevarmuutena siitä, että nuori pystyy vastaamaan elämässään eteen tuleviin haasteisiin, jolloin heikko koherenssin tunne viittaa epävarmuuteen ja huonoon itsetuntoon. Etenkin tytöillä näyttäytyi heikon koherenssin tunteen yhteys masennukseen ja ahdistukseen (Moksnes ym. 2012a). Kansallisessa kouluterveyskyselyyn (2011) perusteella masennus on yleisempää tytöillä kuin pojilla.

6.1.3 Nuorten koherenssin tunteen kehittyminen

Nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen oli yhteydessä monipuolisesti nuoreen itseensä ja nuoren ympäristöön liittyvät asiat. Nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen olivat yhteydessä sukupuoli, ikä, perhe, sosiaalisuus, toimintakyky, fyysinen aktiivisuus, osaaminen, koulutustaso, suojaavat tekijät ja riskit sekä elämänlaatu ja elämän tyytyväisyys.

Nuorten koherenssin tunteeseen yhteydessä olevat sukupuolierot tulivat aineistossa esille, kun poikien koherenssin tunne oli suurimmassa osassa aineistoa tyttöjä vahvempi (Nielsen & Hansson 2007, Honkinen ym. 2008, Myrin & Lagerström 2008, Kokkonen ym. 2009, Koushede & Holstein 2009, Apers ym. 2012, Moksnes ym. 2011, Luyckx ym. 2012, Moksnes ym. 2012a vrt. Neuner ym. 2011, García-Moya ym. 2012). Tyttöjen on todettu tutkiskelevan enemmän sisintään ja oloaan (Aalberg & Siimes 2007), mikä voi näyttäytyä poikia herkemmin koherenssin tunteessa. Myös aikuisilla tehdyissä tutkimuksissa on jonkin verran ristiriitaisuutta sukupuolieroissa (Eriksson 2007). Riveran ym. (2012) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa 15-vuotiaiden poikien koherenssin tunne näyttäytyi alkuun vahvempana kuin tyttöjen, mutta tarkempi tilastollinen analyysi osoitti koherenssin tunteen vahvuuteen liittyvien sukupuolierojen olevan yhteydessä nuoren ikään; Alle 15-vuotiailla nuorilla ei vaikuta olevan koherenssin tunteen tasossa sukupuolieroja, mutta 15–18-vuotiailla poikien koherenssin tunne oli tyttöjä vahvempi. Toisaalta aineistossa mukana olleessa García-

Moya ym. (2012) tutkimuksessa todettiin, ettei koherenssin tunteen vahvuuteen ollut yhteydessä nuoren sukupuoli vaan ikä. Aineiston perusteella ikä näyttäytyi ristiriitaisena, sillä 13–14-vuotiailla oli vahvempi koherenssin tunne kuin 15–18-vuotiailla nuorilla (Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Moksnes ym. 2012a), mutta ilmoitettiin myös tuloksia, jotka viittaavat siihen että koherenssin tunne stabiloituisi jo nuoruudessa (Honkinen ym. 2008, Neuner ym. 2011), tyttöjen koherenssin tunne vahvistuisi iän karttuessa (Evans ym. 2009) tai yksilötasolla niillä, joilla olisi vahva koherenssin tunne 15-vuotiaana, olisi matalampi koherenssin tunne 18-vuotiaana ja päinvastoin (Honkinen ym. 2008). Tämä nuoren ikään liittyvä yhteys koherenssin tunteeseen voi olla yhteydessä nuoren psyykkiseen kehitysvaiheeseen (Aalberg & Siimes 2007), mitä voisi verrata kuormittavaan tilanteeseen. Koherenssin tunteen on todettu heikentyvän aikuisilla stressaavissa tilanteissa (Antonovsky 1988, Hakanen ym. 2007, Volanen 2011, Välimäki 2012). Nuorten sukupuoleen ja ikään liittyvät eroavaisuudet koherenssin tunteen tasossa vaativat lisätutkimuksia.

Perheen merkitys nuoren koherenssin tunteen kehitykselle oli merkittävä (García-Moya ym. 2012), mikä on yhteneväistä aiempien tutkimusten ja teorian kanssa (Antonovsky 1980, 1988, Sagy & Antonovsky 2000, Feldt ym. 2005, Hakanen ym. 2007, Riskari ym. 2009, Volanen 2011, Rivera ym. 2012). Antonovskyn mukaan (1980, 1988) koherenssin tunteen perusta luodaan lapsuudessa, jolloin sen kehittymiseen on todennäköisesti yhteydessä vanhempien koherenssin tunne, mikä näyttäytyi myös tässä katsauksessa. Togarin ym. (2011) tutkimuksessa äidin koherenssin tunne oli positiivisesti yhteydessä nuoren koherenssin tunteeseen. Äidin koherenssin tunne oli suorasti yhteydessä poikien koherenssin tunteeseen, mutta tyttöjen koherenssin tunteeseen se oli yhteydessä epäsuorasti perheen vuorovaikutuksen kautta (Togari ym. 2011). Vuorovaikutussuhteiden todettiin olevan merkittävässä roolissa koherenssin tunteen kehittämisessä (Mattila ym. 2011, Togari ym. 2011, García-Moya ym. 2012, Luyckx ym. 2012), mikä on todettu jo aiemmin aikuisilla tehdyissä tutkimuksissa (Feldt ym. 2005, Hakanen ym. 2007). Vuorovaikutuksen merkitys nuoren koherenssin tunteen kehitykselle näyttäytyi myös kodin ulkopuolella tutkitun sosiaalisen pätevyyden yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen (Mattila ym. 2011). Toisaalta matalaan koherenssin tunteeseen oli yhteydessä heikko sosiaalinen tuki (Myrin & Lagerström 2008).

Lisäksi Riveran ym. (2012) katsauksessa todettiin perheen sisäisten konfliktien olevan yhteydessä nuorten heikkoon koherenssin tunteeseen. Psyykkisesti tarkasteltuna tyttöjen on todettu olevan herkempiä huolehtijoidensa mielialoille ja tytöt voivat olla

miellyttämishaluisempia kuin pojat (Aalberg & Siimes 2007), jolloin perheen sisäisten tekijöiden merkitys korostuu tyttöjen koherenssin tunteessa. Katsauksessa todettiin etenkin poikien koherenssin tunnetta vahvistavan osallistuminen kotona päätöksen tekoon (Togari ym. 2011), mikä on samansuuntainen tulos aiempien tutkimusten kanssa (Sagy & Antonovsky 2000, Volanen 2011). Äidin iällä oli negatiivinen yhteys nuoren koherenssin tunteeseen tarkoittaen sitä, että vanhempien äitien lasten koherenssin tunne oli heikompi (Togari ym. 2011).

Perheen rakenteen tai maahanmuuton vaikutuksista nuoren koherenssin tunteeseen oli eriäviä tuloksia (Honkinen ym. 2008, Luyckx ym. 2012 vrt. Myrin & Lagerström 2008, Neuner ym. 2011, Sagy ym. 2009). Kuitenkin suomalaisessa pitkäaikaistutkimuksessa 8-vuotiaiden poikien vanhempien matala koulutustaso ja hajonnut ydinperhe oli yhteydessä poikien heikkoon koherenssin tunteeseen 18-vuotiaana (Riskari ym. 2009). Sosioekonomialla voi olla negatiivinen yhteys etenkin tyttöjen koherenssin tunteeseen. Tosin tästäkin oli eriäviä tuloksia kun Myrinin & Lagerströmin (2008) mukaan perheen sosioekonomisella taustalla ei ollut yhteyttä nuorten koherenssin tunteeseen, mutta tyttöjen heikkoon koherenssin tunteeseen oli kuitenkin Honkisen ym. (2008) ja Togarin ym. (2011) mukaan yhteydessä matalampi sosioekonominen tausta. Toisaalta rahan on todettu olevan voimavara, joten merkittävää voi olla se miten ja minkälaisia voimavaroja tytöt ja pojat hyödyntävät (Antonovsky 1980, Volanen 2011, Välimäki 2012). Rahaan liittyvät haasteet saattavat nuoren elämässä vaikuttaa ikätovereihin liittyviin suhteisiin ja harrastamismahdollisuuksiin.

Vahva toimintakyky oli yhteydessä vahvaan koherenssin tunteeseen (Mattila ym. 2011, Apers ym. 2012) ja fyysisen pätevyyden kokemus oli yhteydessä vahvempaan koherenssin tunteeseen (Bronikowski & Bronikowska 2009, Kokkonen ym. 2009). Myös koulutustasolla (Apers ym. 2012) oli yhteys vahvaan koherenssin tunteeseen, mistä on aiemmissa tutkimuksissa ristiriitaista tietoa (Sagy & Antonovsky 2000, Feldt ym. 2005, Hakanen ym. 2007). Toisaalta matemaattisella osaamisella (Mattila ym. 2011) oli yhteys vahvaan koherenssin tunteeseen. Koulutustasoon ja toisaalta matemaattiseen osaamiseen saattaa olla yhteydessä vastustusvoimavaraksi mielletty älykkyys tai kognitiivinen osaaminen (Antonovsky 1980). Nuorten koherenssin tunteen yhteys elämänlaatuun näyttäytyi siten, että vahva terveys, vanhempien tuki ja koherenssin tunne ennustivat nuorten elämänlaadun kohoamista (Luyckx ym. 2012). Koherenssin tunteen on todettu jo aiemmin olevan yhteydessä elämänlaatuun (Eriksson & Lindström 2007). Elämäntyytyväisyys oli yhteydessä nuorten koherenssin

tunteeseen (Myrin & Lagerström 2008, Moksnes ym. 2012b) sukupuolesta ja iästä riippumatta (Myrin & Lagerström 2008).

Evans ym. (2009) mukaan Compensatory-malli selitti nuorten koherenssin tunnetta eli nuorella, jolla oli paljon suojaavia tekijöitä, oli vahvempi koherenssin tunne. Tämä vahvistaa Antonovskyn teoriaa (1980, 1988) voimavarojen merkityksestä koherenssin tunteen vahvuudessa. Tyttöjen koherenssin tunnetta selitti myös Challenge-malli, jossa koherenssin tunteen kehittymiseen vaikutti positiivisesti pieni määrä (0-8) riskitekijöitä. Tämä voisi vahvistaa Antonovskyn (1988) ajatuksen siitä, että riittävät elämän haasteet voivat lisätä motivaatiota ja mielenkiintoa elämään, mikä myös voi osaltaan vahvistaa koherenssin tunnetta. Toisaalta Evans ym (2009) toivat esille, että riskit heikentävät nuorten koherenssin tunnetta. Riskinä näyttäytyi myös seksuaalinen hyväksikäyttö (Priebe ym. 2010) ja stressi (Moksnes ym. 2011), jotka olivat yhteydessä nuorten heikkoon koherenssin tunteeseen. Aineistossa tutkitut riskit olivat varsin voimakkaasti stressaavia, joten niiden yhteys heikkoon koherenssin tunteeseen ei ollut yllättävä. Koherenssin tunteen on jo aiemmin todettu heikentyvän stressaavissa tilanteissa (Antonovsky 1988, Hakanen ym. 2007, Volanen 2011, Välimäki 2012).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

6.2.1 Luotettavuus

Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään varsin luotettavana tutkimustiedon tiivistämisen metodina (Kangasniemi 2010, Polit & Beck 2012), mutta siinä on omat haasteensa. Systemaattisen katsauksen onnistumisen kannalta hakuprosessi on kriittinen vaihe, koska siinä tehdyt virheet aiheuttavat katsauksen harhaisuuden ja epäluotettavuuden (Jenkins 2004, Polit & Beck 2012). Näin ollen katsauksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan suorittamalla ensimmäinen haku informaation kanssa ja hakemalla tietoa useasta eri tietokannasta. Tutkielman luotettavuutta heikentää se, että katsauksen teki vain yksi henkilö sillä vähintään kahden tutkijan panos olisi suositeltava virheiden huomaamiseksi sekä harhaisuuden ja epäluotettavuuden ehkäisemiseksi (Whitemore 2005, CRD 2008). Hakuprosessiin liittyviä harhoja ja ongelmia pyrittiin vähentämään suorittamalla tietokantahaun lisäksi manuaalinen hakua muutamasta keskeisestä julkaisusta. Tämä haku ei kuitenkaan tuonut esille julkaisuja,

jotka olisivat jääneet tietokantahaussa huomiotta. Tietokantahaku suoritettiin kahteen kertaan harhaisuuden minimoimiseksi.

Tässä katsauksessa voi olla julkaisuharhan aiheuttamia luotettavuusongelmia, koska positiiviset tulokset julkaistaan todennäköisemmin kuin negatiiviset tulokset. Näin ollen suositellaan käyttämään myös julkaisematonta tietoa (CRD 2008), vaikka sitä ei usein käytetäkään (Whittemore 2005). Tutkimuksia julkaistaan myös muissa lähteissä kuin tieteellisen arviointiprosessin omaavissa lehdissä minkä vuoksi hakuun kannattaisi sisällyttää myös muut kuin tieteelliset julkaisut (Holopainen, Hakulinen-Viitanen & Tossavainen 2008, Polit & Beck 2012). Tähän tutkimukseen ei kuitenkaan sisällytetty julkaisematonta tutkimustietoa sillä sitä on hankala löytää ja harmaan kirjallisuuden tutkimusten luotettavuutta on hankala arvioida (ks. Whittemore 2005).

Tämän katsauksen vahvuutta pyrittiin parantamaan hakuprosessin yksiselitteisyytenä ja laatuna, mikä varmistettiin alustavan haun, asiantuntija-avun ja toiston avulla. Katsausprosessin laatu varmistettiin tutkimuskysymysten täsmällisyydellä, hakustrategialla, sisäänotto- ja poissulkukriteereillä, alkuperäistutkimusten laadulla ja analyysin toistettavuudella. (Whittemore 2005, Burns & Grove 2012.) Analysoiduissa tutkimusjulkaisuissa käytetty koherenssin tunteen mittari on todettu luotettavaksi useissa tutkimuksissa (ks. Eriksson & Lindström 2005) ja alkuperäistutkimusten Crohnbachin alfat olivat pääsääntöisesti hyviä. Tiedon rajausta vuosiin 2007–2012 voi olla katsauksen yleistettävyyttä heikentävä tekijä, koska koherenssin tunnetta on tutkittu vuosikymmeniä. Vaikutti kuitenkin siltä, että nuorten koherenssin tunteen tutkimus on tuoreempaa. Vuosirajauksen myötä saattaa aineistossa näkyä tutkimukselliset trendit. Esimerkiksi synnynnäistä sydänsairautta sairastavia nuorten koherenssin tunteesta oli katsauksessa mukana kolme julkaisua. Nämä kolme julkaisua olivat ainoat kroonisesti sairaisiin nuoriin kohdistuneet tutkimukset aineistossa. Tutkielman hakuprosessissa harhaa tuo myös se, että sisäänottokriteerinä oli julkaisuajankohta eikä se, milloin aineisto oli kerätty. Esimerkiksi alkuperäisjulkaisun Koushede & Holstein (2009) tutkimuksen aineisto oli kerätty vuonna 1998. Kaikissa julkaisuissa ei kuitenkaan tuotu esille aineistonkeruun ajankohtaa, minkä vuoksi vertailu oli hankalaa. Alkuperäistutkimusten tekijät olisi syytä tavoittaa luotettavuuden lisäämiseksi, mutta mitä enemmän aikaa on kulunut, sitä hankalampaa se on (CRD 2008, Polit & Beck 2012) eikä tässä tutkielmassa nähty kuitenkaan tarpeellisenä tarkistaa tutkimusten aineistonhankintaan liittyviä epäselvyyksiä.

Haun ikärajaa 13–18-vuotta voi pitää liian tiukkana tai löysänä, riippuen tarkoituksesta. Katsauksesta jäi ulkopuolelle runsaasti 13–19-vuotiaisiin kohdistuneita tutkimuksia. Tähän ikärajaan kuitenkin päädyttiin, koska 13-vuotiailla on todennäköisesti jo alkanut nuoruus ja puberteetti ja toisaalta 18-vuotiailla on nuoruus loppumassa. 19-vuotiaat puolestaan voivat jo joissain kulttuureissa asua omillaan, tehdä töitä tai opiskella korkeakoulussa. 19-vuotiaat ovat siis kehityksellisesti aikuisuuden kynnyksellä ja täysin erilaisessa tilanteessa kuin muut nuoret. Aineiston hyväksymisprosessissa harhaa tuli myös siitä, että vaikka tutkimukset olivat kohdistuneet tiettyihin luokka-asteisiin tai ikäryhmiin, saattoi tutkimuksissa olla kuitenkin mukana myös muun ikäisiä nuoria. Valtaosassa tutkimuksissa ilmeisesti ilmoitetut iät pitivät paikkansa, mutta alkuperäistutkimusten valintaprosessin jälkeen huomattiin Evans ym. (2009) tutkimuksen vastaajien iäksi 12–16-vuotta, vaikka tutkimus oli kohdistunut 8. ja 10. -luokkalaisiin yhdysvaltalaisiin. Julkaisu kuitenkin päätettiin pitää mukana katsauksessa sillä vastaajien keski-ikä oli 14,29 eikä 12-vuotiaiden vastaajien määrä todennäköisesti ollut merkittävä. 8.-luokkalaisia vastaajia oli 1147 ja 10.-luokkalaisia oli 472. Toisaalta mahdollisena ongelmana katsauksessa on myös toistojulkaisuun liittyvä harha (CRD 2008). Esimerkiksi alkuperäisjulkaisuissa Moksnes ym. (2012a) ja Moksnes ym. (2011) saattaa olla sama aineisto sillä aineisto kerättiin samalta alueelta Norjasta ja vastaajien määrät ovat samat. Julkaisut ovat tosin keskittyneet hieman eri asioihin. Moksnes ym. (2012a) tutkivat sukupuolen ja iän yhteyttä emotionaaliseen tasoon ja koherenssin tunteeseen sekä koherenssin tunteen ja emotionaalisten tasojen yhteyttä. Moksnes ym (2011) tutkivat stressin, koherenssin tunteen ja terveysvalitusten yhteyttä sekä mahdollista koherenssin tunteen lievennysvaikutusta. Jos aineisto on sama, häiritsee katsaukseen aiheutuu siitä, että poikien tyttöjä vahvempi koherenssin tunne on raportoitu kahdessa eri julkaisussa samaan aineistoon perustuen.

Kielestä johtuva harha muodostuu, jos katsaukseen etsitään ja hyväksytään vain tietyillä kielellä tehdyt tutkimukset. Näin ollen katsauksen ulkopuolelle voi jäädä paljon tutkimuksia. Tulokset voivat vääristyä sillä kansainvälisissä julkaisuissa julkaistaan herkemmin tilastollisesti merkittävät tutkimukset kuin vähemmän merkittävät tutkimukset. (CRD 2008.) Tutkielmassa pyrittiin ehkäisemään kieliharhaa siten, että aineiston hakuvaiheessa ei tietokantahaussa kielen perusteella rajattu aineistoa, vaan kielen perusteella poissuljetut alkuperäistutkimukset käytiin läpi. Katsauksesta ja aineiston valintaprosessin ensimmäisessä vaiheessa jäi kielen vuoksi pois 44 tutkimusta, joista valtaosa oli saksaksi (n=17). Muuten

pois jäi espanjalaisia (n=7), puolalaisia (n=7), portugalilaisia (n=2), norjalaisia (n=2), liettualaisia (n=2), venäläisiä (n=2) ja yksittäisiä tutkimuksia Kreikasta, Slovakiasta, Italiasta, Unkarista ja Ranskasta. Tutkimukset poissuljettiin ilman, että olisi ollut tietoa niiden soveltuvuudesta katsaukseen kielestä huolimatta. Näin ollen voidaan olettaa tutkielman tulosten voivan olevan vinoutuneet sillä valintaprosessin alussa jäi paljon pois saksalaisia, espanjalaisia ja puolalaisia julkaisuja. Katsaukseen valituista tutkimuksista valtaosa oli Pohjoismaista (n=10). Saksasta oli kaksi tutkimusta, Puolasta ja Espanjasta yksi tutkimus. Esimerkiksi saksalaiset tutkimukset olisivat saattaneet olla katsauksessa suuremmassa roolissa ilman kielen perusteella tehtyä poissulkua. Venäjäksi julkaistuista tutkimuksista ei selvitetty sitä mistä päin Venäjää aineisto oli kerätty, mutta ilmeisesti Euroopan ulkopuolella kerättyjä aineistoja ei jäänyt merkittävästi tämän katsauksen ulkopuolelle kielen vuoksi. Toisaalta tietokannat määrittivät tarjolla olevaa aineistoa siten, että mahdollisuus esimerkiksi aasialaisen tutkimuksen jäämiseen katsauksen ulkopuolelle, voi olla suurempi kuin länsimaisen tutkimuksen. Toisaalta koherenssin tunne on globaali ilmiö (Antonovsky 1980, 1988, Eriksson & Lindström 2005), joten katsauksen tulosten pitäisi olla vertailukelpoisia.

Alkuperäistutkimusten laatu arvioitiin, koska se vaikuttaa systemaattisen katsauksen luotettavuuteen ja katsauksessa tehtyihin johtopäätöksiin (Whittemore 2005, Polit & Beck 2012). Tutkimusten laadunarvioinnin suoritti kaksi tutkijaa aiemmin mainittujen kriteereiden perusteella. Kumpikin teki aluksi arvioinnin aiemmin mainittujen kriteereiden perusteella itsenäisesti, minkä jälkeen keskustelemalla yhtenäistettiin laadunarviointi. Yksimielisyys saavutettiin helposti. Saatavilla olisi ollut runsaasti jokaiseen tutkimusmetodiin suunniteltuja arviointikriteerejä, mutta koska tämän katsauksen alkuperäistutkimukset ovat metodeiltaan erilaisia, päädyttiin muodostamaan yleiset arviointikriteerit. Tämän tutkielman tarkoituksena ei ollut tuottaa hoitosuosituksia tai arvioida terveydenhuollon menetelmien käyttökelpoisuutta, minkä vuoksi tyydyttiin arvioimaan alkuperäistutkimusten laatua menetelmällisesti asianmukaisiksi, epäselviksi tai epäasianmukaisiksi. Toisaalta alkuperäistutkimusten laatukriteerit olisivat voineet olla yksityiskohtaisemmat, sillä yhdellä tutkimuksen osa-alueella oleva epäselvyys vähensi pisteitä suhteellisen paljon. Alkuperäistutkimusten laadun pisterajana oli 50 %. Yhtään tutkimusta ei tarvinnut hylätä laadun perusteella. Toisaalta tutkielmassa oli tavoiteltu laadukkaita julkaisuja jo sillä, että hakukriteerinä oli tieteellisen arviointiprosessin läpikäyneet tutkimusartikkelit.

Tulosten analysoinnissa pyrittiin tarkkuuteen ja sitä tavoiteltiin tarkastamalla kerätty materiaali alkuperäisjulkaisuista vähintään kaksi kertaa. Analysoinnissa harhaa saattaa tuottaa tutkielman tekijän omat kielelliset kyvyt lukea ja ymmärtää englanninkielistä aineistoa. Aineiston analysointiin harhaa voi tuottaa myös tutkijan subjektiivisuus (Polit & Beck 2012). Subjektiivisuus näyttäytyy katsauksen tuloksissa siinä, että psykosomaattisten oireiden ja fyysisten oireiden samankaltaisuus aiheutti analyysissa päänvaivaa. Psykosomaattiset vaivat näyttäytyivät fyysisinä oireina. Kysyttäessä esimerkiksi päänsäryn tai vatsavaivojen useutta, voi vastaukseen vaikuttaa psyykkisten asioiden lisäksi esimerkiksi fyysinen niskahartiasärky. Tämän vuoksi Myrin ja Lagerström (2008) alkuperäisjulkaisun psykosomaattiset oireet siirtyivät analyysissä nuorten fyysinen terveys ja hyvinvointi -yläluokan alaisuuteen eivätkä mielenterveyteen. Myös Bronikowskin ja Bronikowskan (2009) interventiotutkimus vastuullisuuden opettamisesta fyysisen aktiivisuuden kautta siirtyi analyysissä fyysiseen aktiivisuuteen. Tutkimuksessa ei eroteltu fyysisen aktiivisuuden ja toisaalta fyysisen pätevyyden oletettavan lisääntymisen (ks. Kokkonen ym. 2009) merkitystä nuorten koherenssin tunteen kehittymiselle. Eli nuorten koherenssin tunteeseen oleva yhteys muodostui vastuullisuuden lisääntymisestä, mutta mahdollisesti myös nuoren kokeman fyysisen pätevyyden lisääntymisestä. Tämä analyysiin vaikuttanut subjektiivisuus oli tietoista, samankaltaisten asioiden yhdistämiseen liittyvää toimintaa, mutta osa subjektiivisuudesta jää varmasti huomaamatta. Sen vuoksi tutkielma pyrittiin raportoimaan huolellisesti ja läpinäkyvästi, jotta se olisi arvioitavissa ja toistettavissa (Whitemore 2005, Polit & Beck 2012). Erityisesti tutkielman luotettavuuteen liittyvät seikat pyrittiin tuomaan esille tarkasti, jotta katsauksen luotettavuus olisi lukijoiden helpompi arvioida.

6.2.2 Eettisyys

Tutkielma suoritettiin yleisesti hyväksytyjen tieteellisten käytäntöjen mukaisesti (Häyry 1999, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488, Pirttilä 2008), ja tutkija toimi tunnollisesti, rehellisesti ja luotettavasti. Eettisyys huomioitiin asianmukaisella lähdeviitteiden merkinnällä ja pyrkimyksellä kerätä kaikista alkuperäistutkimuksista yhdenmukaisesti tiedot aineiston pohjaksi. Alkuperäistutkimuksissa eettisyys oli huomioitu asianmukaisten tutkimus- ja eettisten toimikuntien lupien hakemisena sekä nuorten ja vanhempien antamana suostumuksena tutkimukseen osallistumisesta. Osassa alkuperäisjulkaisuista ei kuitenkaan tuotu eettistä näkökulmaa asianmukaisesti esille, mitä on pohdittu enemmän

alkuperäistutkimusten laadun arvioinnin yhteydessä. Tutkielma oli perusteltu aiheen vähäisen tutkimuksen vuoksi eikä tutkimuksen suorittaminen aiheuttanut haittaa sillä katsaus kohdistui aikaisempiin tutkimuksiin.

6.3 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän katsauksen tuottama tieto vahvistaa Antonovskyn (1980, 1988) koherenssin tunteen teoriaa. Aineistossa oli kerätty runsaasti tietoa nuorten koherenssin tunteen yhteydestä terveyteen sekä nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Nuorten koherenssin tunne oli yhteydessä nuorten fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä nuorten terveystäytymiseen. Nuorten koherenssin tunteen kehittämisestä oli jonkin verran ristiriitaista tietoa, mutta pääsääntöisesti perheellä ja etenkin perheen vuorovaikutussuhteilla oli merkittävä rooli nuorten koherenssin tunteen kehittämisessä. Nuorten vahvaan koherenssin tunteeseen oli yhteydessä muutenkin sosiaaliset suhteet ja koettu sosiaalinen tuki. Nuorten vahvaan koherenssin tunteeseen oli yhteydessä myös hyvä fyysinen, emotionaalinen ja kouluun liittyvä toimintakyky sekä päivittäisten asioiden hoitaminen. Lisäksi koherenssin tunteeseen oli yhteydessä akateeminen koulutus, elämäntyytyväisyys ja elämänlaatu. Hyvinvointia suojaavat tekijät selittivät koherenssin tunnetta. Nuorella, jolla oli paljon suojaavia tekijöitä, oli vahvempi koherenssin tunne. Toisaalta tytöillä pieni määrä riskitekijöitä oli positiivisesti yhteydessä koherenssin tunteeseen. Tyttöjen ja poikien koherenssin tunteen tasojen eroista oli ristiriitaista tietoa. Katsauksessa on viitteitä siitä, että koherenssin tunne voi kehittyä hieman eri tavalla tytöillä ja pojilla. Lisäksi koherenssin tunteen stabiliteetista ja ikään liittyvästä tasosta oli ristiriitaista tietoa.

Suosituks:

- Koherenssin tunnetta kannattaa hyödyntää nuorten terveyden edistämisessä. Tärkeää on tukea nuoren kokemusta elämän ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta ja mielekkyydestä. Merkittävää on kohdata nuori, antaa tietoa sekä mahdollistaa nuorten osallistuminen päätöksentekoon.
- Tärkeää olisi tunnistaa haavoittuvat nuoret ja perheet, jotka tarvitsevat enemmän tukea. Orientation to Life -mittarin hyödyntämistä käytännössä kannattaa harkita.

- Nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen liittyvät moninaiset asiat. Kliinisten hoitotyön sovellusten lisäksi on tärkeää huolehtia yhteiskunnan tasolla lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnista.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä katsauksessa kuvattiin nuorten koherenssin tunteen ulottuvuudet, yhteys terveyteen ja koherenssin tunteen kehittyminen nuoruudessa. Tarvitaan enemmän monipuolista ja syvempää tietoa nuorten koherenssin tunteen kehittymisestä ja sitä tukevista hoitotyön keinoista. Alla on esitetty jatkotutkimusehdotukset.

1. Selvittää miten koherenssin tunne kehittyy lapsuuden aikana.
2. Selvittää nuorten koherenssin tunteen kehittymisen eroavaisuudet tytöillä ja pojilla.
3. Hyödyntää monipuolisesti erilaisia tutkimusmetodeja nuorten koherenssin tunteen kuvaamisessa. Tarvitaan syvällisempää, kvalitatiivista tietoa etenkin nuorten koherenssin tunteen kehittymiseen liittyvistä eroista ja vastustusvoimavarojen käytöstä. Tarvitaan myös nuorten terveyden edistämisen kehittämiseksi tietoa erilaisista interventioista, joita voisi hyödyntää nuorten koherenssin tunteen vahvistamiseksi. Pitkäaikaistutkimukset toisivat tärkeän tiedon koherenssin tunteen kehittymisestä pitkällä aikajänteellä.
4. Selvittää nuoren ikätovereiden, koulun, naapuruston ja harrastuksiin liittyvien tekijöiden yhteys koherenssin tunteen kehittymiseen.

LÄHTEET

Aalberg V & Siimes M. 2007. Lapsesta aikuiseksi -nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Nemo, Helsinki.

Aalto-Setälä T & Marttunen M. 2007. Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim, 123, 207–213.

Antonovsky A. 1980. Health, Stress, and Coping. 2. painos. Jossey–Bass, San Francisco.

Antonovsky A. 1988. Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. 2. painos. Jossey–Bass, San Francisco.

Antonovsky A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 11, 11–18.

Black C. 2008. Mental health. Teoksessa: WHO. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.2013.

Bohleber W. 2010. Myöhäisnuoruus ja varhainen aikuisuus. Kriisit, kehityksen umpikujat ja niiden hoito. Teoksessa Niemi T. (toim.) Aikuistuminen, väkivalta ja fantasia.

Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 12. Nuorisopsykoterapiasäätiö. Yliopistopaino, Helsinki, 35–64.

Centre for Reviews and Dissemination. University of York. 2008. Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf. Luettu 19.1.2011.

Dunderfelt T. 1997. Elämänkaaripsykologia. 9. painos. WSOY, Porvoo.

Edbom T, Malmberg K, Lichtenstein P, Grandlund M & Larsson J-O. 2010. High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 541–547.

Erikson E. 1982. *Lapsuus ja yhteiskunta. Alkuperäisteos Childhood and society. 1950. 2.painos.* Gummerus, Jyväskylä.

Eriksson M & Lindström B. 2005. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460–466.

Eriksson M & Lindström B. 2006a. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376–381.

Eriksson M & Lindström B. 2006b. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23, 190–199.

Eriksson M. 2007. Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. 2. painos. Folkhälsan research centre. Health promotion research programme. Research Report 2007:1. Turku.

Eriksson M & Lindström B. 2007. Antonovsky's Sense of coherence scale and its relation with quality of life -a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938–944.

Feldt T, Kokko K, Kinnunen U & Pulkkinen L. 2005. The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist*, 10, 298–308.

Franck L & Spencer K. 2005. Informing parents about anaesthesia for children's surgery: a critical literature review. *Patient Education and Counseling*, 59, 117–125.

Friis L, Eirola R & Mannonen M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. WSOY, Helsinki.

Geyer S. 1997. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and Medicine*, 44, 1771–1779.

Gibous J-M. 2008. Malnutrition. Teoksessa WHO. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.2013.

Gubb L. 2008. Violence. Teoksessa WHO. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.2013.

Hakanen J, Feldt T & Leskinen E. 2007. Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality* 41, 602-617.

Holopainen A, Hakulinen-Viitanen T & Tossavainen K. 2008. Systematic review –a method for nursing research. *Nurse Researcher* 16, 72–83.

Honkinen P-L, Suominen S, Välimaa R, Helenius H & Rautava P. 2005. Factors associated with perceived health among 12-year-old school children. Relevance of physical exercise and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 35–41.

Honkinen P-L. 2009. Nuorten koherenssin tunne: mittaaminen, ennustavat tekijät, seuraukset. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, kansanterveystiede, Turun yliopistollinen keskussairaala, yleislääketieteen yksikkö. Sarja C, osa 282. Turku.

Honkinen P-L, Aromaa M, Suominen S, Rautava P, Sourander A, Helenius H & Sillanpää M. 2009. Early childhood psychological problems predict a poor sense of coherence in adolescents: A 15-year follow-up study. *Journal of Health Psychology*, 14, 587–601.

Häyry M. 1999. Huomioita tutkimusetiikasta ”keskitason periaatteiden” valossa. Teoksessa Lötjönen S. (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Koulutus- ja

tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. 13–17.

http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi. Luettu 10.6.2010.

Impiö P. 2005. Nuoruusiän kehitys. Teoksessa: M. Brummer & H. Enckell. Lasten ja nuorten psykoterapia. WSOY, Juva, 44–67.

Jellesma F, Rieffe C, Terwogt M & Westenberg P. 2011. Children's sense of coherence and trait emotional intelligence: A longitudinal study exploring the development of somatic complaints. *Psychology and Health*, 26, 307–320.

Jenkins M. 2004. Evaluation of methodological search filters -a review. *Health Information and Libraries Journal*, 21, 148–163.

Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S & Laatikainen T (toim.). 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. THL. Raportti 16/2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8>. Luettu 14.9.2013.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. WSOYpro, Porvoo.

Kangasniemi M. 2010. Equality as a central concept of nursing ethics: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 824–832.

Khan K, Ball E, Fox C & Meads C. 2012. Systematic reviews to evaluate causation: an overview of methods and application. *Evidence-Based Medicine*, 17, 137–141.

Kinnunen P. 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. *Acta Universitatis Tamperensis. Terveystieteiden väitöskirja. Numero 1676*. Tampere.

- Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J, Heponiemi T, Koskinen A, Cox S & Kivimäki M. 2010. Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 255–261.
- Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*, 18, 37–45.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488.
- Lindström B & Eriksson M. 2006. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238–244.
- Lindström B & Eriksson M. 2010. The hitchhiker’s guide to Salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Folkhälsan research center. Health promotion research. Research Report 2010:2. Helsinki.
- Luopa P, Lommi A, Kinnunen T & Jokela J. 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. THL. Raportti 20/2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/91431fe2-cfa6-4909-9363-75eda1839dc3>. Luettu 29.1.2011.
- Margalit M. 1998. Loneliness and coherence among preschool children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities* 31, 173–180.
- Marsh S, Clinkinbeard S, Thomas R & Evans W. 2007. Risk and protective factors predictive of sense of coherence during adolescence. *Journal of Health Psychology* 12, 281–284.
- Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Gummerus, Jyväskylä.
- Niemi M & Väänänen K. 1993. Ihmisyksilön kehitysbiologia. Gummerus, Jyväskylä.
- Nienstedt W, Hänninen O, Arstila A & Björkqvist S-E. 1989. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 6. painos. WSOY, Porvoo.

Nilsson K, Leppert J, Simonsson B & Starrin B. 2010. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64, 347–352.

Noorani S. 2008. Injuries and road safety. Teoksessa WHO. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.2013.

Nuorisolaki 27.1.2006/72.

O'Connor D, Green S & Higgins JPT. 2009. Chapter 5: Defining the review question and developing criteria for including studies. Teoksessa Higgins JPT & Green S. (toim.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration. <http://www.cochrane-handbook.org/>. Luettu 29.1.2011.

OECD. 2010. Health data 2010: Key indicators. http://www.oecd.org/topic/0,3699,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html. Luettu 30.1.2011.

OPM. 2007. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaemisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittamisohjelma.pdf. Luettu 30.1.2011.

OPM. 2012. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2012–2015. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi>. Luettu 19.9.2012.

Paananen R & Gissler M. 2012. Cohort Profile: The 1987 Finnish Birth Cohort. *International Journal of Epidemiology*, 41, 941–945.

Patton G, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, Richardson D, Astone N, Sangowawa A, Mokdad A & Ferguson J. 2012. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379, 1665–1675.

Perustuslaki 11.6.1999/731.

Pietilä A-M, Matero H, Kankkunen P & Häggman-Laitila A. 2008. Koherenssin tunne ja siihen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä: systemoitu katsaus pitkäaikaissairauksia käsittävään kirjallisuuteen. *Tutkiva hoitotyö*, 6, 4–10.

Pirozzi G. 2008. HIV and young people. Teoksessa WHO. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.2013.

Pirttilä T. 2008. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Teoksessa Pietilä A-M & Länsimies-Antikainen H. (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedote 45. 65–59.

Polit D & Beck C. 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. painos. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Poppius E. 2007. The sense of coherence and health. The effects of the sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality. *Acta Universitatis Tamperensis*. School of Public Health. Academic dissertation. Number 1241. Tampere.

Rantanen P. 2000. Nuoruusikä. Teoksessa Räsänen E (toim.), Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F. *Lasten ja nuorisopsykiatria*. 2. painos. Duodecim. Gummerus, Jyväskylä. 34–36.

Ristkari T, Sourander A, Rønning J, Piha J, Kumpulainen K, Tamminen T, Moilanen I & Almqvist F. 2009. Childhood psychopathology and sense of coherence at age 18: findings from the Finnish from a boy to a man study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 1097–1105.

Rivera F, García-Moya I, Moreno C & Ramos P. 2012. Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, published online 4. September 2012.

Rytönen M. 2013. Kehityskulkuja ja väliintuloja. Ekologinen näkökulma vakavan väkivaltateon tehneiden nuorten sosioemotionaalisen terveyden kehitykseen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Number 177. Kuopio.

- Sagy S & Antonovsky H. 2000. The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51, 155-161.
- Salmi M, Mäkelä J, Perälä M-L & Kestilä L. 2012. Lapsi kasvaa kunnassa - miten kunta voi tukea lasten hyvinvointia ja vähentää syrjäytymisen riskejä. THL. Raportti 1/2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/100214/90826/URN_ISBN_978-952-245-690-8.pdf?sequence=1. Luettu 15.9.2013.
- Sammallahti P. 1997. Evaluating defenses with the Defense Style Questionnaire: A review. *Psychiatria Fennica*, 28, 145–157.
- Samposalo H. 2013. Juomatapojen yhteys alkoholihaittoihin ja riskikäyttäytymiseen 14–16-vuotiailla nuorilla. *Acta Universitatis Tamperensis. Terveystieteiden väitöskirja. Numero 1819. Tampere.*
- Savolainen J. 2005. A salutogenic perspective to oral health. Sense of coherence as a determinant of oral and general health behaviors, and oral health-related quality of life. Oulu University Press. Faculty of Medicine of Dentistry, Department of Periodontology and Geriatric Dentistry. Academic dissertation. Oulu.
- Sawyer S, Afifi R, Bearinger L, Blakemore S-J, Dick B, Ezech A, & Patton G. 2012. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379, 1630–1640.
- STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Haettu http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf. Luettu 4.10.2012.
- STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. Luettu 4.10.2012.
- Suominen S & Lindström B. 2008. Salutogenesis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 337–339.

Taylor L. 2008. Harmful drinking of alcohol. Teoksessa WHO. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.2013.

THL. 2013. Kouluterveyskysely.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely. Luettu 25.9.2013.

THL. 2011. Lapset, nuoret ja perheet.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/lapset_nuoret_ja_perheet. Luettu 30.1.2011.

THL. 2008. Nuorten mielenterveys.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/ktl_tutkii/tutkimus/mielenterveys-_ja_paihdeongelmat/nuorten_mielenterveys/. Luettu 31.1.2011.

THL. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2012.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu>. Luettu 3.9.2012.

Terveys-EU. 2012. Nuoret. [http://ec.europa.eu/health-](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/young_people/index_fi.htm)

[eu/my_health/young_people/index_fi.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/young_people/index_fi.htm). Luettu 15.10.2012.

Vilkko-Riihelä A & Laine V. 2008. Mielen maailma. 2. Kehityopsykologia. 1.–4.painos. WSOY, Helsinki.

Viner R, Ozer E, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A & Currie C. 2012. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641–1652.

Virot P. 2008a. Early pregnancy and childbirth. Teoksessa WHO. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.13.

Virot P. 2008b. Tobacco use. Teoksessa WHO. 10 facts on adolescent health.

http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html. Luettu 20.9.13.

Volanen S-M. 2011. Sense of Coherence. Determinants and Consequences. University of Helsinki, Department of Public Health, Academic Dissertation.

Välimäki T. 2012. Family caregivers of persons with alzheimer´s disease: focusing on the sense of coherence and adaptation to caregiving. An ALSOVA follow-up study. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Number 116 . Kuopio.

Wainwright N, Surtees P, Welch A, Luben R, Khaw K-T & Bingham S. 2007. Healthy life-style choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 871–876.

Whittemore R. 2005. Combining Evidence in Nursing Research. Methods and Implications. *Nursing Research* 54, 56–62.

Woods L, Priest H & Roberts P. 2002. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: practical illustrations. *Nurse Researcher*, 10, 43-51.

WHO. 2011. Adolescent health. http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/. Luettu 30.1.2011.

WHO. 2013a. Adolescent development. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/. Luettu 20.9.13.

WHO. 2013b. Health for the world's adolescents. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/adolescent_health2014/en/index.html. Luettu 20.9.13.

Tutkielman alkuperäisaineisto

Apers S, Luyckx K, Rassart J, Goossens E, Budts W & Moons P. 2012. Sense of coherence is a predictor of perceived health in adolescents with congenital heart disease: A cross-lagged prospective study. *International Journal of Nursing Studies*. (2012), <http://x.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.002>

Bronikowski M & Bronikowska M. 2009. Salutogenesis as a framework for improving health resources of adolescent boys. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 525–531.

Evans W, Marsh S & Weigel D. 2009. Promoting Adolescent Sense of Coherence: Testing Models of Risk, Protection, and Resiliency. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20, 30–43.

García-Moya I, Rivera F, Moreno C, Lindström B & Jiménez-Iglesias A. 2012. Analysis of the importance of family in the development of sense of coherence during adolescence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 333–339.

Honkinen P-L, Suominen S, Helenius H, Aromaa M, Rautava P, Sourander A & Sillanpää M. 2008. Stability of the sense of coherence in adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20, 85–91.

Kokkonen J, Kokkonen M & Liukkonen J. 2009. Yhdeksäsluokkalaisten koululaisten raporttoima liikuntatuntien motivaatioilmasto ja koherenssin tunne koetun fyysisen pätevyyden selittäjänä. *Liikunta & Tiede*, 46, 45–50.

Koushede V & Holstein B. 2009. Sense of coherence and medicine use for headache among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45, 149–155.

Luyckx L, Missotten L, Goossens E & Moons P. 2012. Individual and contextual determinants of quality of life in adolescents with congenital heart disease. *Journal of Adolescent Health*, 51, 122–128.

Mattila M-L, Rautava P, Honkinen P-L, Ojanlatva A, Jaakkola S, Aromaa M, Suominen S, Helenius H & Sillanpää M. 2011. Sense of coherence and health behavior in adolescence. *Acta Pædiatrica*, 100, 1590–1595.

Moksnes U, Rannestad T, Byrne D & Espnes G. 2011. The association between stress, sense of coherence and subjective health complaints in adolescents: sense of coherence as a potential moderator. *Stress and Health*, 27, 157–165.

Moksnes U, Espnes G & Lillefjell M. 2012a. Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 433–443.

Moksnes, U., Løhre, A. & Espnes, G. 2012b. The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Quality of Life Research*, Published online 12 August 2012.

Myrin B & Lagerström M. 2008. Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Pædiatrica*, 97, 805–811.

Neuner B, Busch M, Singer S, Moons P, Wellmann J, Bauer U, Nowak-Göttl U & Hense H-W. 2011. Sense of coherence as a predictor of quality of life in adolescents with congenital heart defects: a register-based 1-year follow-up study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32, 316–327.

Nielsen A & Hansson K. 2007. Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress and Health*, 23, 331–341.

Priebe G, Hansson K & Svedin C. 2010. Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population-based study with Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 40-48.

Sagy S, Shani E & Leibovich E. 2009. Factors related to attitudes towards drug use and alcohol drinking: Comparing immigrants from the former Soviet Union and Israeli-born adolescents. *Journal of Substance Use*, 14, 10–18.

Togari T, Sato M, Otemori R, Yonekura Y, Yokoyama Y, Kimura M, Tanaka W & Yamazaki Y. 2011. Sense of coherence in mothers and children, family relationships and participation in decision-making at home: an analysis based on Japanese parent-child pair data. *Health Promotion International*, 27, 148–156.

Liitetaulukko 1. Nuorten koherenssin tunteen tutkimusaineisto.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Apers, Luyckx, Rassart, Goossens, Budts & Moons, 2012, Belgia ja Tanska	Kuvata koherenssin tunteen sekä yleisen ja sairausperusteisen havaitun terveyden alueiden yhteyttä synnynnäistä sydänsairautta sairastavilla nuorilla.	14–18-vuotiaat synnynnäistä sydänsairautta sairastavaa. N=498, n=429, vastausprosentti 86 1) n= 398 vastausprosentti 85,8 Mittauskerroilla vastasi 382 samaa henkilöä. Osa i-DETECT - tutkimusprojektia.	Pitkäaikaistutkimus: 2 mittausta 9 kuukauden välein. Strukturoidut kyselylomakkeet: - perustiedot (sukupuoli, koulutus) - SOC-13 (Cronbachin alfa 0,83 ja 0,84) - Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 - nuoren hoitotiedot.	1. mittauksen SOC ennakoi positiivisesti kaikkia geneerisen terveyden osa-alueita (fyysinen, emotionaalinen, sosiaalinen ja koulussa toimiminen) ja toisella mittauksella 3/5 sairausperusteisesta terveydestä (oireet, fyysinen ulkomuoto, kognitiiviset ongelmat) 2. mittauksella Parempi kouluun liittyvä toimintakyky ja vähemmät kognitiiviset ongelmat 1. mittauksessa ennakoivat positiivisesti SOCia 2. mittauksessa.
Bronikowski & Bronikowska, 2009, Puola	Kuvata koherenssin tunteen pohjalta itse arvioidun fyysisen kunnon ja mitatun sydän- ja hengityselimistön kunnon suhdetta.	13-vuotiaat pojat: interventioryhmä n=84. kontrolliryhmä, n=115.	Interventiotutkimus. 2 mittausta 15 kuukauden välein. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13 - Self-reported Physical Activity, MVPA (kohtuullisesta koovan fyysiseen harjoitteluun) arvio - Shuttle Run -testi, Interventiona 15 kuukauden ajan Teaching responsibility through Physical Activity -malli.	Interventioryhmän kunto koheni. Interventioryhmän SOC kohosi kontrolliryhmään verrattuna. Kunnon kohenemisella ja SOCin kohoamisella oli yhteys.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Evans, Marsh & Weigel, 2009, Yhdysvallat	<p>1) Identifioida mikä neljästä resilienssimalleista parhaiten selittää koherenssin tunnetta nuorilla.</p> <p>2) Testata riskin relatiivista vaikutusta ja koherenssin tunteen suojaukseen nuorten ympäristöissä.</p> <p>3) Tutkia koherenssin tunteen ja ekologisen ympäristön yhteyttä.</p>	8. (n=1 147) -ja 10. -luokkalaiset (n=472) koululaiset.	<p>Osa pitkäaikaistutkimusta. Strukturoidut kyselylomakkeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOC-13 (Cronbachin alfa 0,71) - suojaavat- ja riskitekijät yksilö-, koti-, ystävä-, koulu- ja yhteisö-tasolla. 	<p>Compensatory-malli toimi hyvin kummallakin sukupuolella, mutta challenge-malli toimi tytöillä</p> <p>Suojaavat tekijät ja riskitekijät olivat yhteydessä SOC:iin eri elämän osa-alueilta. Mitä enemmän ekologisten osa-alueiden suojaavia tekijöitä yksilöllä on, sitä vahvempi SOC. Ja mitä enemmän riskitekijöitä ekologisilla osa-alueilla, sitä heikompi SOC.</p>
García-Moya, Rivera, Moreno, Lindström & Jiménez-Iglesias, 2012, Espanja	Selvittää lukuisten perheeseen liittyvien osa-alueiden vaikutusta nuorten koherenssin tunteeseen verraten demograafisia muuttujia, sukupuolta ja ikää.	<p>13–18-vuotiaat. n= 7580,</p> <p>Osa WHO:n Health Behaviour in School-aged Children - tutkimusta.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOC-29 (Cronbachin alfa 0,87) - Family Affluence Scale II - Parental Bonding Instrument - yksittäiset strukturoidut kysymykset: vuorovaikutuksen helppous vanhempien kanssa, vanhempien tietämys nuoren asioista, perheen varakkuus, perheen aktiiviteettien yleisyys, vanhempien välisen suhteen laatu. 	<p>Sukupuoli ei vaikuttanut SOC:iin. 13–14-vuotiailla oli vahvempi SOC kuin vanhemmilla. Perheeseen liittyvät tekijät selittivät 18 % SOC:n muutoksista. Vanhempien positiivinen suhde ja perheen hyvinvointi selittivät SOC:n tasoa.</p>
Honkinen, Suominen, Helenius, Aromaa, Rautava, Sourander, & Sillanpää, 2008, Suomi	Selvittää koherenssin tunteen stabiilitettä 15-vuotiaasta 18-vuotiaaseen.	<p>Mittaus 15-vuotiaana n=846, vastausprosentti 75 ja 18-vuotiaana n=792, vastausprosentti 61,5.</p>	<p>Osa pitkäaikaistutkimusta. Strukturoidut kyselylomakkeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOC-13 - perheeseen liittyvät tekijät : asuu/ei asu molempien biologisten vanhempien kanssa, sosioekonominen status (vanhempien työ: yrittäjä, työntekijä, eläkeläinen jne.). 	<p>SOC vaikutti pysyvästi. Yksilötasolla pojilla oli tyttöjä vahvempi SOC ja kahden vanhemman kanssa asuvilla vahvempi SOC kummassakin ikäryhmässä verrattuna yhden vanhemman tai muun huoltajan kanssa asuviin.</p>

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Kokkonen, Kokkonen, & Liukkonen, 2009, Suomi	Selvittää yhdeksäsluokkalaisten oppilaiden koke-ma liikuntatuntien motivaatioilmasto ja koherenssin tunteen liittymi-nen heidän fyysi-sen pätevyyden kokemuksiinsa.	15–16-vuotiaat. n= 383 poikaa ja n=392 tyttöä.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13 Cronbachin alfa 0,83) - muokattu motivaatioilmastomitt ari (Perceived Motiva-tional Climate in Sport Questionnaire) - Physical Self-Perception Profile-mittarin Sport Compe-tence -ala-asteikko.	SOC oli yhteydessä koet-tuun fyysiseen pätevyyteen voimakkaammin kuin lii-kuntatuntien tehtäväsuun-tautunut motivaatioilmasto. SOC ja koettu tehtäväsuun-tautunut motivaatioilmasto selittivät toisensa vaihtelus-ta 10 % ja selittivät koetun fyysisen pätevyyden vaihte-lusta 15 %. Liikuntatuntien tehtäväsuuntautunut moti-vaatioilmasto oli positiivi-sesti yhteydessä SOC:iin ja koettuun fyysiseen pätevyy-teen. Pojat kokivat ympä-röivän maailman tyttöjä ymmärrettävämmäksi ja hallittavammaksi, arvioivat itsensä fyysisesti tyttöjä pätevimmiksi ja arvioivat liikuntatuntien motiva-aatioilmaston tehtäväsuuntau-tuneemmaksi.
Koushede & Hol-stein, 2009, Tanska	Selvittää päänsä-ryn, koherenssin tunteen ja lääk-keen käytön yh-teyttä nuorilla.	7. ja 9. luokan oppilaat. n=1393, vasta-usprosentti 93.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13 (Cronbachin alfa 0,83) - HBSC Sympton Check List: päänsäryn useus, ikä, perheen so-siaalinen luokka ja kiusaamiselle altistu-minen koulussa	Heikolla SOC:lla, viikoittai-silla päänsäryillä ja lisään-tyneellä lääkkeen käytöllä on yhteys.

Liite 1. Tutkimusaineisto (4/8).

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Luyckx, Missotten, Goossens & Moons, 2012, Belgia	Selvittää vanhempien tuen, ikätovereiden tuen ja koherenssin tunteen yhteys elämänlaatuun synnytyksistä sydänsairautta sairastavilla nuorilla.	Synnytyksistä sydänsairautta sairastavat 14–18-vuotiaat. N = 498 1) n= 429, vastausprosentti 86, 2) n= 398 Osa i-DEATCH-tutkimusta.	Pitkäaikaistutkimus: 9 kuukauden seuranta-aika. Strukturoidut kyselylomakkeet: - elämänlaatu: lineaarinen analoginen skaala (LAS) - oma terveydentila (LAS) - Inventory of Parent and Peer Attachment - Child Report of Parent Behavior Inventory - SOC-13	Oma terveydentila, SOC ja vanhempien tuki tukivat ennustettua elämänlaatua ajan kuluessa. Vanhempien tuki oli myös positiivisesti yhteydessä SOCiin seurannassa. Oma terveyden tila ja SOC ennustivat ikätovereiden tukea ajan kuluessa.
Mattila, Rautava, Honkinen, Ojanlatva, Jaakkola, Aromaa, Suominen, Helenius & Sillanpää, 2011, Suomi	Selvittää koherenssin tunteen yhteys terveydenkäyttämiseen ja sosiaaliseen kompetenssiin.	15-vuotiaat. N=1287, n=846, vastausprosentti 66.	Osa pitkäaikaistutkimusta. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13 (Cronbachin alfa 0,84) - faktorit alkoholin käyttö, humalassa tapahtuvat tapaturmat, tupakointi ja ylipaino - Short Dental Fear Questionnaire, ientulehdusten esiintyminen - sosiaalinen kompetenssi: menestyminen sosiaalisessa elämässä - Youth self-report.	Vahva SOC oli yhteydessä vähempään alkoholin käyttöön, tupakoimattomuuteen, parempaan suunhoitoon ja parempaan sosiaaliseen kompetenssiin
Moksnes, Rannestad, Byrne & Espnes, 2011, Norja	Selvittää stressin osa-alueiden, koherenssin tunteen ja subjektiivisten terveysvaivojen yhteys, kuten myös mahdollinen koherenssin tunteen lievennysvaikutus stressin ja terveysvalitusten suhteeseen.	13–18-vuotiaat. N=1229, n=1209, vastausprosentti 98,4.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - Norjalainen versio Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N) - SOC -13 (Cronbachin alfa 0,84) - Vaivat-mittari.	Tytöt kokivat poikia enemmän stressiä ja heillä oli enemmän terveysvaivoja. Pojilla puolestaan oli vahvempi SOC. Se oli käänteisesti yhteydessä terveysvaivoihin. SOC ja stressi olivat erillisesti yhteydessä terveysvaivoihin.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Moksnes, Espnes & Lillefjell, 2012a, Norja	Selvittää mahdollista sukupuolen ja iän eroavaisuutta emotionaalisiiin tasoihin ja koherenssin tunteeseen sekä koherenssin tunteen ja emotionaalisten tasojen yhteyttä.	13–18-vuotiaat. N= 1229, n=1209, vastausprosentti 98,4.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13 (Cronbachin alfa 0,84) - The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - State Depression-scale.	Soc oli käänteisesti yhteydessä masennuksen ja ahdistuksen tiloihin. Tytöillä oli enemmän ahdistusta ja masennusta kun taas pojilla oli vahvempi SOC.
Moksnes, Løhre & Espnes, 2012b, Norja	Selvittää sukupuolen ja iän vaihtelua tyytyväisyydessä elämään sekä selvittää koherenssin tunteen ja elämän tyytyväisyyden yhteys eri sukupuolilla, iällä, fyysisellä aktiivisuudella ja subjektiivisella terveydellä.	13-18-vuotiaat. N=1924, n=1289, vastausprosentti 67.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13, (Cronbachin alfa 0,84) - SWLS (Satisfaction With Life Scale) - fyysinen aktiivisuus - subjektiivinen terveys.	SOC oli positiivisesti yhteydessä elämään tyytyväisyyteen. Pojat olivat pääosin tyttöjä tyytyväisempiä elämäänsä. Kuitenkin tytöt olivat 17–18-vuotiaina poikia tyytyväisempiä.
Myrin & Lagerström, 2008, Ruotsi	Selvittää onko nuorten koherenssin tunteella ja psykososiaalisilla tekijöillä yhteyttä.	14–15-vuotiaat. n=383, vastausprosentti 77. Jaettu vertailuryhmiin koulujen sosioekonomisten alueiden mukaan.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13 - Health Profile Scale - Muut muuttujat: sukupuoli, sosioekonominen tausta ja demograafinen tausta.	Heikkoon SOC:iin olivat yhteydessä tyytymättömyys elämään, masentuneisuus, huoli perheenjäsenistä, huono psykosomaattinen terveys ja se, että vastaaja on tyttö.
Neuner, Busch, Singer, Moons, Wellmann, Bauer, Nowak-Göttl & Hense, 2011, Saksa	Arvioida koherenssin tunteen ja elämänlaadun yhteyttä synnynäistä sydänsairautta sairastavilla.	14–17 -vuotiaat sydänrekisteriin kuuluvat. N= 2339 n= 770 Osa Competence Network for Congenital Heart Defects -tutkimusta.	Pitkäaikaistutkimus, 1 v seuranta-aika. Strukturoidut kyselylomakkeet: - lääketieteellinen status - “Revised children’s quality of life” questionnaire - SOC-L9 (Cronbachin alfa 0,84) - KIGGS-lomake: sosioekonominen status, maahanmuuttotausta, käyttäytymistekijät.	SOC oli positiivisesti yhteydessä hyvinvointiin ja kaikkiin elämänlaatumittarin osa-alueisiin. SOC ennustaa synnynäistä sydänsairautta sairastavien nuorten elämänlaatua. Hyvinvointi, itsetunto ja kouluun liittyvä hyvinvointi oli korkeampi 2. mittauksessa.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Nielsen & Hansson, 2007, Saksa	Analysoida kohe- renssein tunteen ja terveyden yhteyttä sekä stressin ja terveyden yhteyttä nuorilla.	13–18-vuotiaat. N= 4265, n=3258, vastausprosentti 81.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - Itse-ilmoitetut sairaudet ja oireet - SOC-13 (Cronbachin alfa 0,82 pojilla ja 0,86 tytöillä) - Vakavat stressorit - Potentiaaliset yllättä- vät muuttajat: van- hempien tuki opettajan raportoimana, akatee- miset saavutukset opettajan arvioimana, helppo vuorovaikutus vanhempien ja ikäto- vereiden kanssa, hy- vinvointi koulussa, päivittäinen aamupala kouluaamuina, päivit- täinen tupakointi sekä vanhempien sosioeko- nominen taso ja pu- bertaalinen kehitys koululääkärin rapor- toimana	Pojilla oli tyttöjä vahvempi SOC. Tytöt, joilla oli heik- ko SOC ja stressiä, rapor- toivat tuoretta sairautta kaksi kertaa useammin kuin ei-stressaantuneet tytöt. Ero katosi tytöillä, joilla oli vahva SOC. Mer- kittävä yhteys oli stressillä ja SOC:lla tuoreisiin sairau- ksiin, mikä oli yhteenso- piva SOC:n stressiä määrit- tävään vaikutukseen. Pojil- la yhteyttä ei havaittu. SOC ja stressi olivat yhteydessä terveyteen.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Priebe, Hansson & Svedin, 2010, Ruotsi	Selvittää nuorten erasteisten seksuaalisten hyväksikäytön kokemusten yhteys psykososiaalisen terveyden osa-alueisiin, kuten tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmat, kohe-renssin tunne ja itsetunto.	18 -vuotiaat. N=1404, n=1107, kontrolliryhmä.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylo-makkeet: - SOC-29 (Cronbachin alfa 0,85) - Parental Bonding Instrument - Strengths and Diffi-culties Questionnaire - I think I am - Seksuaalisen hyväksikäytön arviointi - Norwegian question-naire of young peo-ple's attitudes to-wards sexuality and sexual abuse - Muut muuttajat: koulutusohjelma, maahanmuuttotausta, vanhempien työttö-myystausta ja per-heen rakenne.	Seksuaalinen hyväksi-käyttö oli yhteydessä heikkoon SOC:iin, henki-siin ongelmiin, käyttäy-tymisongelmiin ja hei-kompaan itsetuntoon.
Sagy, Shani & Leibovich, 2009, Israel	Selvittää kolme alkoholin ja huu-meiden käytöltä suojaavaa tekijää lukioikäisillä maa-hanmuuttajilla.	10–11- luokkalaiset. Vertailuryhmät Neuvostoliittolaiset maahanmuuttajat n=155 ja israelilai-set nuoret n=326.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13 (Cronbachin alfa 0,79) - Sense of Family Coherence - Family functioning scale - asenteet huumeiden käyttöä kohtaan - kysely.	Alkoholin ja huumeiden käyttöä vieroksuivat eni-ten ne, joiden SOC, per-heen SOC ja perheen toiminta-arvot olivat mui-ta vahvempia.

Liite 1. Tutkimusaineisto (8/8).

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Togari, Sato, Ote- mori, Yo- nekura, Yokoyama, Kimura, Tanaka & Yamazaki, 2011, Ja- pani	Selvittää lapsen koherenssin tun- teen ja äidin kohe- renssein tunteen yhteyttä, perheen suhteiden laatua äidin arvioimana ja lapsen positiiv- isia elämän ko- kemuksia kotona.	10-, 11- ja 12- luokkalaiset nuoret n= 1505 (N= 1540), vastausprosentti 97,7 % Äidit: n=989, vastausprosentti 64,2.	Poikkileikkaustutkimus. Strukturoidut kyselylomakkeet: - SOC-13, Cronbachin alfa 0,74) - Family relationships index - Participation in decision-making at home during school age -mittari - muut muuttujat (perheen rakenne, onko joku perheen- jäsen hoidon tar- peessa, perheen sub- jekttiivinen talousti- lanne, äidin koulu- tustaso, opiskelijan sukupuoli ja luok- ka).	Pojat: äidin SOC oli suoraan yhteydessä pojan SOC:iin riippumatta perheen suhteista tai osallistumisesta päätök- sen tekoon kotona. Tytöt: äidin SOC oli yhteydessä perheen suh- teisiin ja yhteydessä siten epäsuorasti tytön SOC:iin. Osallistuminen päätöksentekoon kotona oli yhteydessä nuorten SOC:iin.

Liitetaulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Tulos		
Poikien SOC oli korkeampi kuin tyttöjen SOC (Nielsen & Hansson 2007)	Poikien koherenssin tunne on tyttöjä vahvempi	SUKUPUOLIEROT
Pojilla oli tyttöjä korkeampi SOC erityisesti 15–16 -v. (Moksnes ym. 2012a)		
Poikien SOC oli tyttöjä korkeampi 15- ja 18-vuotiaana (Honkinen ym. 2008)		
Pojilla oli korkeampi SOC (Moksnes ym. 2011)		
Pojilla oli tyttöjä korkeampi SOC (Apers ym. 2012)		
Poikien SOC oli korkeampi kuin tyttöjen (Koushede & Holstein 2009)		
Pojat kokivat ympäröivän maailman tyttöjä ymmärrettävämmäksi ja mielekkäämmäksi (Kokkonen ym. 2009).		
Tyttöjen SOC oli poikia matalampi (Myrin & Lagerström 2008)		
Poikien ja tyttöjen SOC ei eroa 1. mittauksessa, mutta seurannassa poikien SOC oli korkeampi kuin tyttöjen (Luyckx ym. 2012)		
Poikien ja tyttöjen SOC ei erityisemmin eroa (García-Moya ym. 2012)	Sukupuolten välillä ei ollut eroa koherenssin tunteessa	
Tyttöjen SOC oli poikia korkeampi (Neuner ym. 2011)	Tyttöjen koherenssin tunne oli poikia korkeampi	